Lane Medical Library

II. Universitäts-Klinik für Frauenkrankheiten u. Geburtshilfe in München. Vorstand: Professor Dr. Franz Weber.

Über besonders komplizierte Fälle von Haematocele retrouterina.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung

der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und

einer Hohen Medizinischen Fakultät der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Gruenhofer.

appr. Arzt.

München 1930

Meinen lieben Eltern
gewidmet.

Gedruckt mit Genehmigung der Mediz. Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Die Anschauung, die 1858 zuerst Gallard formuliert hatte, die aber erst durch die 1884 erschienene Arbeit J. Veits über die Eileiterschwangerschaft Gemeingut der Gynäkologen geworden ist, daß nämlich die bei weitem häufigste Ursache der Haematocele retrouterina die Extrauteringravidität ist, hat heute wohl allgemein Gültigkeit. Lange ist darüber debattiert worden, ob eine Haematocele nur durch eine Extrauteringravidität hervorgerufen wird, oder auch auf andere Weise zustande kommen kann. Zweifellos ging Fritsch zu weit, wenn er Haematocele und ektopische Schwangerschaft schlechthin identifizieren zu können glaubte. Daß dieser Standpunkt einseitig war, ist bald darauf durch eine ganze Anzahl von genau untersuchten Operations- und Sektionsbefunden festgestellt worden und die teilweise große Schärfe, mit der seinerzeit gegen Freund und seine Schule polemisiert wurde, als diese auch die anderen Momente, welche zu Haematocele führen können, ins rechte Licht zu setzen sich bemühten, war nicht berechtigt.

Es spielt doch, ganz abgesehen von sonstigen andersartigen Einzelfällen, das Ovarium eine gewisse Rolle als Quelle intraperitonealer Blutungen, wie sich z. B. Hoehne wieder in einem Fall von Corpus-luteum-Haematom bei einer 26 jährigen Frau am 15. Tage nach Beginn der letzten normalen Periode durch den Operationsbefund und durch die mikroskopische Untersuchung überzeugen konnte. Weitere einwandfreie Fälle von ovariellen Blutungen in die Bauchhöhle, ohne Zugrundeliegen einer Gravidität, haben unter anderen Lourus, Hornung, Kaboth und Hesselberg veröffentlicht und uns zu der Erkenntnis verholfen, daß

auch Blutungen aus Follikelhaematomen, Corpus-luteum-Haematomen, haemorrhagische Ovarialcysten zur Bildung einer Haematocele führen können. Über einen seltenen Fall, der übrigens, was seine Ätiologie betrifft, ein Unikum in der Literatur darstellt, berichtete Alfred Wolff 1912 aus der Heidelberger Klinik. Es handelt sich um den Durchbruch eines kalten Abscesses der Uteruswand, in den hinteren Douglas bei Adenomyometritis tuberculosa. Einen ebenfalls ungewöhnlichen Fall, bei welchem ein exulzeriertes Gumma der Tube zu einer schweren intraperitonealen Blutung führte, schilderte Lucio Bernardo 1920 aus einer italienischen Klinik. Verf. setzt sich auch dafür eiu, daß der Haematocele retrouterina in seltenen Fällen Blutcysten des Ovars, Verletzungen einer chronisch entzündeten Tube oder Ruptur von venösen subperitonealen Plexusgefäßen bei Uterusmyomen zu Grunde liegen.

Von diesen in der Literatur immerhin vereinzelt dastehenden Fällen abgesehen, ist uns durch die Forschungen Veits klar geworden, daß Haematocelen, welche ihren Ursprung nicht auf Extrauteringravidität zurückführen, nicht die Regel, wie man früher glaubte, sondern eine seltene Ausnahme darstellen. Fehling hat ihr Vorkommen auf 5—10% aller Haematocelen geschätzt. Andere Forscher gehen in ihren Zahlen noch viel weiter zurück. Je genauer bei allen diesen Fällen die oft äußerst schwierige Suche nach Graviditätszeichen histologisch durchgeführt wird, desto mehr schrumpft die Zahl von Haematocelen dieser Art zusammen und die Anschauung von der überragenden Häufigkeit der ektopischen Gravididät als Ursache der Haematocele hat sich bis auf den heutigen Tag als vielfach bewährte erhalten.

Die häufigste Form, unter der wir die Extrauteringravidität beobachten, ist die Tubargravidität und von ihr wissen wir im Allgemeinen mehr als von den übrigen Arten. Das Schicksal des tubar inserierten Eies ist frühzeitiges Zugrundegehen, nur ausnahmsweise überdauert die Schwangerschaft die ersten drei Monate, und nur in ganz vereinzelten Fällen erreicht die Entwicklung der Frucht das Ende. Die Ursache liegt darin, daß die Tuben-

schleimhaut wegen ihres anatomischen Baues und ganz im Gegensatz zu derjenigen des Uterus der Entwicklung des Eies nur wenig entgegenzukommen vermag, nur einer geringen „decidualen Reaktion“ fähig wird, welche Bedingung zu einer gedeihlichen Entwicklung des Eies ist.

Die Tubenruptur, der „äußere Fruchtkapselaufbruch“ (Werth), wobei die Tubenwand mit ihrem Peritonealüberzug mit einreißt und nicht nach innen, sondern nach außen, nach dem Peritoneum zu aufbricht, stellt die eine Möglichkeit der Beendigung einer Tubenschwangerschaft dar. Die Ruptur der schwangeren Tube war in früheren Zeiten der einzig bekannte Ausgang einer Tubargravididät. Erst durch die Arbeiten über die Haematocele retrouterina sind wir allmählich soweit gekommen, zu erkennen, daß tatsächlich die Ruptur mit tödlicher Blutung in die Bauchhöhle nicht das häufigste Ende einer Tubenschwangerschaft ist. Veit sah in seiner Klinik etwa alle Monat 4—6 Tubenschwangerschaften und darunter nur etwa alle Jahr einmal eine Ruptur mit lebensbedrohlicher Blutung. An der II. Universitäts-Klinik für Frauenkrankheiten u. Geburtshilfe in München waren die Rupturen allerdings viel häufiger (25 %). Diese Zahl entspricht den Feststellungen der Mehrzahl der geburtshilflich-gynäkologischen Kliniken.

Beim äußeren Fruchtkapselaufbruch ist, entsprechend dem Blutungsmodus, nur ausnahmsweise eine Haematocelenbildung möglich, wenn nämlich keine katastrophale Blutung aus der Rupturstelle erfolgt. In solchem Falle ragt die Rupturstelle in die Haematocelenkapsel hinein, während das Infundibulum der Tube der äußeren Fläche der Haematocelenkapsel angefügt liegt.

In der Regel kommt es durch das zerstörende Wachstum des Eies in der Tubenwand selbst sehr bald zur Eröffnung größerer Blutgefäße, aus denen sich plötzlich eine größere Menge Blutes in die Eikapsel ergießt, als diese fassen kann. Sie platzt an ihrer dünnsten und schwächsten Stelle, und das ist in der Regel die degenerierte Capsularis. Das Blut, mütterliche und kindliche Gewebstrümmer, schließlich das losgelöste Ei selbst, treten in das Tubenvolumen aus und können nun durch

Kontraktionen der Tubenwandung, falls diese noch nicht zu weit zerstört ist, häufiger durch das nachfolgende Blut schneller oder langsamer nach dem Ostium abdominale zu und aus diesem heraus in die Bauchhöhle befördert werden. Der ganze Vorgang wird als „innerer Fruchtkapselaufbruch“ oder als „Tubarabort“ bezeichnet. Doch geschieht die Ausstoßung des Eies selten gleich bei der ersten Blutung und auf einmal, der ganze Vorgang zieht sich vielmehr tage- und wochenlang hin.

Ich wende mich nun der Entstehung und Anatomie der Haematocele retrouterina zu und folge dabei im wesentlichen den Ausführungen von Werth und Hoehne.

Im Gegensatz zur Tubenruptur bleibt beim Tubenabort der Bluterguß in der Regel auf den hinteren Beckenraum beschränkt und führt oft zu einem in sich abgeschlossenen Blutherd zwischen Uterus und Ligamentum latum einerseits und dem Rektum bezw. der hinteren Beckenwand anderseits, zu der von Nélaton sog. Haematocele retrouterina, die eine sehr verschiedene Größe erreichen kann, je nach der Menge des sich aus der Tube entleerenden Blutes und der Blutungsdauer. Die Blutung kann sich auf einen kleinen Erguß am Boden des hinteren seitlichen Beckenraumes beschränken, welcher, das Ovarium meist umschließend, bald gerinnt und vom Peritoneum aus mit Bindegewebe umwachsen wird. Die Tube selbst kann außer Verbindung mit demselben bleiben. Umgekehrt wird von einer bedeutenderen und rascher erfolgenden Blutung der hintere Beckenraum in seiner ganzen Ausdehnung eingenommen werden, und selbst das Blut über die zunächst vom Uterus und breiten Mutterbändern gebildete vordere Barriere überlaufend auch an die vordere Beckenwand gelangen. Die oberen Abschlüsse werden hier von oberhalb des Beckeneinganges gelegenen oder über denselben durch das Blut hinaufgeschobenen Teilen, Dünndarmschlingen, Flexura sigmoidea und deren Appendices epiploicae, und besonders vom Netz geliefert, das, sich schürzenartig über den Bluterguß hinweglagernd, mit breiten Zipfeln am vorderen Beckenperitoneum und auch weiter hinauf an der vorderen Bauchwand in solchen

Fällen adhärend gefunden wird. Der obere Abschluß ist dann anfangs kein hermetischer und es findet sich dementsprechend in der ersten Zeit oberhalb desselben oft noch etwas flüssiges Blut frei in der Bauchhöhle. Ist die Blutung zur Ruhe gekommen, so geht innerhalb des von ihr eingenommenen Raumes von dem beteiligten Bauchfelle eine Bindegewebsneubildung aus, welche, z.T. unter Bildung von septumartigen Membranen, die Blutmasse durchsetzt (Diffusse Haematocele nach Saenger).

Der Sitz der für den Tubenabort typischen Haematocele ist meist ausgesprochen lateral, weil das aus dem Tubenostium hervorquellende Blut sich entsprechend der natürlichen Lage desselben nach außen von der Douglas'schen Falte ablagert und das Haemetocelendach mit letzterer bald verschmilzt. Bei stärkerer Füllung des Blutraumes wird der Douglas'sche Raum im engeren Sinne in die entgegengesetzte Seite verdrängt. Auch findet man ihn dann nicht selten von Pseudomembranen überbrückt oder von dem oft rückwärts geneigten Uterus überlagert. Jedoch kann bei von vornherein reichlicherer Blutung der ganze Douglas'sche Raum gleich anfangs von dieser miterfüllt werden; fast immer aber zeigt doch der Blutherd auf der Seite der schwangeren Tube, wenn diese nicht ausnahmsweise primär in die von der Schwangerschaft freie Seite verlagert war (Taylor), seine größte Mächtigkeit. Andere Forscher fanden auch in den Fällen, in denen die schwangere Tube primär nach der ungleichnamigen Seite verlagert war, extramedianen Sitz der Haematocele.

Voraussetzungen für die Entstehung der Haematocele retrouterina sind nach Hoehne: ein normales topographisches Verhalten der Tube, daß nämlich das offene Infundibulum bei nach hinten umgeschlagenem Fimbrienende der Tube in die Excavatio recto-uterina hineinragt, also nicht disloziert ist, und daß das aus der schwangeren Tube stammende Blut nicht in großen Massen in die Bauchhöhle strömt, sondern in unerheblicherem Umfange unter verhältnismäßig geringem Druck in die Excavatio recto-uterina hineinrinnt. Es ist übrigens

keineswegs von der Hand zu weisen. daß auch schon geronnenes Blut aus der Tube durch das Ostium abdominale in die Bauchhöhle ausgetrieben wird. Viele Autoren haben vor allem darin ein Hindernis gesehen, daß das Blut nicht sofort durch Resorption verschwindet, sondern unter Gerinnung und Organisation zur Haematocele wird. Skutsch berichtete in der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig 1905 über Experimente zur Erzeugung von Haematocelen bei Kaninchen. Dieselben wurden laparatomiert und ein Bluterguß in die Bauchhöhle erzeugt. Doch war dieser meist schon nach 24 Stunden fast ganz resorbiert. Auch Schädigung des Peritoneum, Faltenbildung durch Naht, Beimengung von Eiteilen und Wundsekreten zum Bluterguß waren ohne Erfolg. Busse soll Heamatocelen erzeugen haben können durch Beimengung von sterilem Lycopodiumpulver zum Bluterguß. Busse, der sich eingehend mit dieser Frage beschäftigt hat, erklärt das Ausbleiben einer raschen Resorption des Ergusses damit, daß das Blut z.T. schon in geronnenem Zustande aus der Tube in die Bauchhöhle gelange, ferner, daß es nicht rein, sondern mit allerhand zelligen und sonstigen Beimischungen versetzt, die Tube verlasse. Den Hauptgrund sieht er in diffusen entzündlichen Veränderungen des Beckenbauchfelles, welche den Verlauf der Tubenschwangerschaft begleiten und das Bauchfell der ihm sonst eigenen Resorptionsfähigkeit berauben sollen.

Werth kann sich der Anschauung Busse's nicht anschließen. Er sagt u. a.: „Ich halte es für sehr fraglich, ob im unteren Teil der Bauchhöhle die Resorptionsbedingungen auch unter physiologischen Verhältnissen gleich günstige sind, wie in den kraniellen Abschnitten derselben. Meines Wissens sind es die letzteren, in denen vorwiegend Aufsaugung stattfindet und in der Bauchhöhle enthaltene Flüssigkeit muß, um resorbiert zu werden, diesen zugeführt werden, was z. T. unter dem Einfluß der Peristaltik des Darmes und der Zwerchfellbewegungen geschieht. Diesen Einflüssen sind aber Flüssigkeitsansammlungen in dem abhängigsten Teil der Bauchhöhle, innerhalb des kleinen Beckens, am wenigsten

ausgesetzt, sie bleiben an Ort und Stelle und werden nicht durch die übrige Bauchhhöhle verteilt."

Wenn auch die Resorptionsbedingungen in den verschiedenen Abschnitten der Bauchhöhle sicherlich sehr verschieden günstig sind und wohl zweifellos die Excavatio recto-uterina nicht von besonders leicht resorptionsfähigen Peritoneum ausgekleidet ist, so ist doch kaum anzunehmen, daß von dem in den Douglas ergossenen Blut gar nichts resorbiert werde. Es findet sicherlich eine gewisse Aufsaugung statt, die aber bei der relativ kleinen, mit der Hauptmasse des Blutes gar nicht in Berührung tretenden Resorptionsfläche gering sein muß, vor allem dann, wenn das Blut inzwischen im Douglas geronnen war, oder dorthin schon in geronnenem Zustande kam und seine schnelle Resorption natürlich unmöglich ist.

Wie überall an serösen Flächen, veranlaßt das geronnene Blut sofort eine reaktive Entzündung, eine Fremdkörperperitonitis, die sowohl von dem Peritonealüberzug der beteiligten Genitalorgane, insbesondere auch von der Tubenserosa in der Umgebung des Ostium abdominale, als auch von den aufgelagerten Därmen, bezw. vom Netz ausgeht. Es setzt alsbald eine Organisation des geronnenen Blutes an seiner Oberfläche ein, unter Hineinwachsen von Bindegewebszellen und Gefäßsprossen. Damit wird also eine schon in Organisation befindliche Fibrinkapsel geschaffen, in deren Inneres das weitgeöffnete Ostium abdominale hineinragt. Aus diesem ergießt sich aber in Schüben immer mehr Blut aus der Tube in diesen Kapselraum hinein, das nun gerade wegen der erzeugten Abschlußmembran nicht mehr in nennenswertem Maße resorbiert werden kann, sondern gerinnt und solange den Inhalt der Haematocelenkapsel vermehren wird, bis die Druckverhältnisse im Innern der blutenden Tube und in der Haematocelenkapsel ins Gleichgewicht gekommen sind und dadurch die Blutung zum Stehen gebracht ist.

Die in der unteren Bauchhöhle abgekapselten, aus einer schwangeren Tube stammenden Blutergüsse können verschiedene Schicksale erfahren. Die Blutung kann sich

in Nachschüben fortsetzen, nachdem sich der Herd bereits durch die von seinem Inhalt hervorgerufene produktive Kapselbildung gegen die obere Bauchhöhle abgeschlossen hatte. Dann geraten die den Bluterguß begrenzenden Weichteile unter stärkere Spannung und das Haematocelendach wird unter Verdrängung der ihm im Becken anlagernden Organe oft zu beträchtlicher Höhe über den Beckeneingang hinaufgehoben. Der Überdruck im Blutraum kann die schon entstandenen Abschlüsse nach den Seiten, aber auch nach oben hin sprengen, worauf neue Abkapselung folgt, aber auch freie Blutung in die Bauchhöhle, selbst mit tödlichem Ausgang, statthaben kann (Gusserow u. a.).

Kleinere Haematocelen können ohne Hinterlassung gröberer Spuren resorbiert werden. Neben diesem Ausgange in Resorption entweder ohne Hinterlassung wenigstens klinisch nachweisbarer Veränderungen oder mit mehr oder minder groben, in peritonitischen Schwarten und Verwachsungen bestehenden Rückständen (verschleppte Fälle) kommt es nicht selten zur Verjauchung des Blutherdes, seltener zu Eiterung in demselben. „Sicherlich, sagt Hoehne, spielen bei dem Zustandekommen der Haematocele Bakterien kaum eine Rolle, wie es Veit und seine Schüler annahmen. Wurden in dem Haematocelenblut Keime nachgewiesen, so sind diese gewiß erst sekundär hineingelangt. Das Blut einer frischen Haematocele ist, wie man sich jederzeit durch Punktion leicht überzeugen kann, abgesehen von seltenen Ausnahmen, keimfrei, und zwar frei sowohl von Aerobiern als auch von Anaerobiern. Auch die von Busse als Resorptionshindernis angenommene Beckenbauchfellentzündung ist gewöhnlich bei Tubenabort nicht vorhanden, sondern wird erst durch den Bluterguß hervorgerufen". Die Infektion kann vielmehr von den Genitalwegen ausgehen, mit denen der Blutherd in der Regel durch die Tube in offener Verbindung bleibt oder wohl noch häufiger aus den in die Begrenzung der Haematocele einbezogenen Darmabschnitten erfolgen, deren Wandung infolge reaktiver Entzündung resp. histiolytischer Wirkungen der angelagerten abgestorbenen

Blutmassen für die intestinalen Mikroorganismen durchlässig werden können. Bei therapeutisch unbeeinflußtem weiteren Verlauf besteht dann die Gefahr schwerer septischer Allgemeinerkrankung, der aber in der Regel ein Durchbruch des verjauchten oder vereiterten Haematoceleninhaltes in das Rektum oder die Vagina zuvorkommt; Perforationen in anderer Richtung sind außerordentlich selten. Gelegentlich schaffen sich größere unter starkem Druck stehende Blutergüsse auch ohne vorausgegangene Zersetzung mittels Einbruches in Scheide und Rektum Luft.

Über einen solchen Fall, der von Raf. Navarro (Valencia) beobachtet wurde, berichtete R. Paschen im Zentralblatt für Gynäkologie 1922: Es handelt sich um eine Haematocele retrouterina nach Tubargravidität im 3. Monat, die plötzlich durch das Rektum entleert wurde, ohne vorherige Bildung eines Abszesses, und im selben Monat, in dem die Schwangerschaft zum Stillstand kam. Der Fall unterscheidet sich von ähnlichen in der Literatur angegebenen dadurch, daß die Heilung völlig spontan eintrat. — Die Patientin erkrankte am Ende des 3. Schwangerschaftsmonats plötzlich unter den Symptomen einer akuten inneren Blutung, schnellem, fadenförmigem Puls, Temperaturerniedrigung, bleichen ängstlichen Gesichtszügen, starker Druckempfindlichkeit im Abdomen. Dazu kamen in den ersten 24 Stunden Übelkeit, galliges Erbrechen, Urin- und Stuhlverhaltung. Die gynäkologische Untersuchung ergab auf der linken Seite eine unbewegliche, fluktuierende Geschwulst. Unter reichlicher Anwendung von Herzmitteln, Umwickeln der Extremitäten usw. klangen an den beiden folgenden Tagen die bedrohlichen Erscheinungen ab, es stellte sich Resorptionsfieber ein, der Puls wurde regelmäßig und Blase und Mastdarm funktionierten wieder. Am Am 5.Tage wurde die Placenta ausgestoßen, aber ohne Eiteile. In den nächsten 14 Tagen bestanden nur noch geringe Magenbeschwerden; 8 Tage später traten wieder Fieber, heftige Leibschmerzen in der linken Fossa iliaca auf und der Allgemeinzustand verschlechterte sich, bis am 5. Tage unter großen Schmerzen ein Embryo von

3 Monaten durch das Rektum ausgestoßen wurde. Nach 4 Wochen war Pat. genesen und hat später noch zwei normale Geburten durchgemacht.

Über einen Fall von verjauchter Haematocele mit Skelettierung des Foetus berichtete Scharpenack in der Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig 1906: Bei der Patientin war Haematocele nach Berstung einer Tubargravidität zunächst exspektativ behandelt worden, später vereiterte sie und es wurde vaginal der Eiter entleert, doch hinterblieb eine dauernd eiternde Fistel. Schließlich fand sich in dieser ein Schädelknochen vorliegend und es wurde das Skelett eines Foetus von 6 Monaten extrahiert.

Ein Fall von Haematocele retrouterina, die infiziert spontan in den Darm durchgebrochen ist, bei gleichzeitiger intrauteriner Gravidität, wurde von Preiß-Kattowitz in der Gynäkologischen Gesellschaft in Breslau 1911 mitgeteilt.

Aus der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung des St. Rochusspital in Budapest wurde im Zentralblatt 1913 von Hugo Singer berichtet: 34jähr. Privata hatte 3 Geburten und einen Abort. Nach einer Amenorrhoe von 3 Wochen wendet sie sich an ihren Hausarzt, welcher bei ihr wegen unbedeutender Blutung eine Curettage ausführt. Noch am Operationstisch Kollaps, wovon sich aber die Patientin in 10 Tagen erholt. Dann stellen sich bei ihr Krämpfe ein mit heftigen Schüttelfrösten und eine Temperatur bis 40° C. Der zugezogene Internist — in Unkenntnis der Anamnese — nahm eine verborgene Pneumonie an. Da die Symptome der Sepsis auf sich warten ließen, sehe ich die Patientin in zwei bis drei Wochen nach dem Eingriff. Ich fand das unklare Bild einer Haematocele retrouterina und schlug in Anbetracht des sehr schweren Zustandes eine Kolpotomie vor. Die Probepunktion liefert foetides Blut: die ausgiebige Kolpotomie und Drainage befreiten die Patientin von ihrer zersetzten Haematocele in 3—4 Wochen. Sie verließ das Spital mit einer kaum sezernierenden Fistel.

Aus der Frankfurter Klinik wurde uns 1925 der seltene Fall von Vereiterung einer Haematocele nach

Extrauteringravidität durch Paratyphusinfektion mitgeteilt.

Auf den Unterschied in der Prognose der frischen nicht infizierten Fälle und der verschleppten bezw. infizierten Fälle hat 1923 Engelmann an der Städt. Frauenklinik Dortmund hingewiesen. Er brachte sehr interessante Zahlen, die in letzter Zeit von Haeusermann an derselben Klinik ergänzt wurden und sich auf Erfahrungen an über 500 Fällen von Extrauteringravidität stützen. Nach diesen Berichten beträgt die Gesamtzahl der in den Jahren 1911 bis 1927 dort aufgenommenen Extrauteringraviditäten 504. Davon sind 443 frische, nicht infizierte Fälle, von denen 5 zum Exitus kamen (1,1 %), und 61 verschleppte und infizierte Fälle, von denen 15 starben (24,5 %). Demnach haben wir bei den spätoperierten, infizierten, bezw. verschleppten Fällen eine ca. 20 mal so große Mortalität als bei den rechtzeitig operierten frischen Fällen zu verzeichnen.

Zur sicheren Unterscheidung infizierter von nicht infizierten Haematocelen wird von einer Reihe von Autoren empfohlen, stets unmittelbar vor der Operation vom hinteren Vaginalgewölbe aus zu punktieren und das Punktat auf etwaigen Keimgehalt zu untersuchen, da ja erfahrungsgemäß bei verschleppter Haematocele Fieber, höhere Leukocytenwerte und selbst starke Beschleunigung der Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit nicht unbedingt für eine Infektion sprechen. Veit warnt davor, der Probepunktion eine zu große Ausdehnung zu geben, da die Erfolge für die Feststellung der Diagnose durch sie sehr geringfügig seien und man nie wisse, ob das erhaltene Blut nicht aus einer Verletzung eines Gefäßes stamme. Wenn überdies an die Punktion eine Drainage angeschlossen werden solle, so müsse man doch noch incidieren. An der II. Universitäts-Frauenklinik in München wird in allen Fällen, wo über Infektiosität oder Nichtinfektiosität einer Haematocele oder ihre diagnostische Unterscheidung von eiterigen Adnextumoren Zweifel besteht, die Probepunktion und evtl. Kolpotomie ausgeführt. Diese Operation leistet Wertvolles, indem sie die Laparatomie mitunter überflüssig

macht und, wo sie Gefahr für das Peritoneum bringen würde, verhütet, aber auch da, wo es sich um einen „reinen“ Fall handelt, technisch oft sehr erleichtert.

Während bei den frischen Extrauteringraviditäten das therapeutische Handeln vorgezeichnet ist, da nur sofortige Laparatomie Aussicht auf Erfolg verspricht, kommt der Operateur bei den verschleppten, infizierten Fällen häufig in Verlegenheit. Die therapeutischen Anzeigen und Methoden können hier sehr verschieden sein. In bestimmten Fällen kann man abwarten, in anderen Fällen von der Scheide aus incidieren und in noch anderen Fällen sofort von oben operieren müssen. Welche Methode als die richtige anzusehen, ist nicht für alle Fälle gleichmäßig zu entscheiden. Das naheliegendste Verfahren, Eröffnung des Douglas und Drainage bezw. Tamponade, läßt die Möglichkeit weiterer Blutungen ganz unberücksichtigt. Auch ist ein Wiederausbreiten der Infektion nicht immer zu vermeiden.

Veit zieht deshalb in allen Fällen, in denen es fraglich ist, ob das Ei schon aus der Tube ausgetreten ist, eine weitere Blutungsgefahr also nicht mit Sicherheit auszuschließen ist, die sichere Laparatomie vor, weil nur so die Gefahr der Ruptur beseitigt werden kann. Nach Werth sollte man, unter Berücksichtigung der oben hervorgehobenen Gesichtspunkte alle Fälle durch den ventralen Schnitt angreifen, in welchen die Schwangerschaft über die ersten 1—2 Monate hinausgekommen ist, das Haematocelendach sich erheblich über den Beckeneingang aufwärts erstreckt oder nicht volle Sicherheit darüber besteht, daß die Schwangerschaft bereits unterbrochen ist.

Die abdominale Operation gewährt entschieden die bessere Übersicht. Es ist eine gründliche Beseitigung der sekundären Produkte der Schwangerschaft bei der Eröffnung der Bauchhöhle von oben her eher durchführbar. Namentlich gilt dies für die Haematocele in noch einigermaßen frischen Fällen. Nicht bloß ihr Inhalt, auch die dem Bauchfell anhaftenden Kapselteile und Blutschwarten lassen sich dabei oft vollständig entfernen, ferner Adhäsionen lösen besonders von Netz

und Darm. In der Regel ist es möglich, bei vorsichtigem Vorgehen, selbst wenn ausgiebige Verwachsungen bestanden, das Auftreten nennenswerter Blutung aus den Trennungsflächen zu vermeiden resp. dieselbe vollkommen zu stillen. Die zuerst von Martin empfohlene Tamponade des hinteren Beckenraumes mit Jodoformgaze unter Herausleitung des Gazestreifens in die Vagina durch eine im hinteren Vaginalgewölbe angelegte Öffnung wird bei nicht einwandfreier septischer Beschaffenheit des Operationsfeldes, gröberen Darmwandschäden oder unsicherer Blutstillung wohl allgemein geübt.

Was die Operation selbst anlangt, so gibt Veit den Rat, sich im Prinzip auf die Entfernung der schwangeren Tube zu beschränken, da die Entfernung beider Tuben oder die vaginale oder abdominale Radikaloperation ganz besondere Indikationen verlange. Andere entfernen prinzipiell mit der graviden Tube das zugehörige Ovar, falls das andere als gesund befunden worden ist, da die Salpingoophorektomie glattere Wundverhältnisse schafft als die Salpingektomie.

Korrigierende Maßnahmen, wie die Wiedereröffnung eines Tubenverschlusses oder die von Prochownick, Martin u. a. geübten, auf Schonung des graviden Organes selbst ausgehenden Verfahren kommen bei komplizierten Fällen wohl noch weniger in Frage als bei frischen, wenn man bedenkt, daß bei ersteren nicht selten die andere Tube und selbst der Uterus geopfert werden müssen. So veröffentlichte Solowij aus der geburtshilfl.-gynäkolog. Abteilung des Allgemeinen Landkrankenhauses Lemberg 11 Fälle von Extrauteringravidität, unter denen er mehrmals die beiderseitige Adnexotomie und etwa 5 mal supravaginale Amputation des Uterus auszuführen genötigt war.

Ich gebe die Fälle hier teilweise wieder: Fall Nr. 7, H. T. (Prot.-Nr. 545, 1913) hat 5 mal entbunden und 4 mal abortiert, letztes Mal angeblich vor 2 Monaten. Seit dieser Zeit öfters Blutspuren oder rosaroter Ausfluß aus dem Genitale ohne Zwang zum Urinieren.

Befund: Uterus nach vorne verschoben, Gebärmuttergrund 3 Querfinger über der Symphyse. Durch das

hintere Scheidengewölbe fühlt man einen rundlichen, unbeweglichen Tumor, welcher gänzlich den Douglasschen Raum ausfüllt und der hinteren Wand des Uterus fest anliegt.

Diagnose: Haematocele retrouterina.

Laparatomie am 7. IX. 1913: Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet man das typische Bild einer Haematocele retrouterina. Unter den Blutgerinnseln taucht die rechte gravide Tube mit kelchartig erweitertem Ostium abdominale auf, also Abortus tubarius. Wegen starker entzündlicher Veränderungen beiderseitige Adnexotomie mit keilförmiger Excision der Tuben. Etagennaht der Bauchdecken. Glatter Operationsverlauf.

Fall Nr. 1, H. S. (Prot.-Nr. 567, 1913) hat nur 1 mal geboren. Vor drei Monaten hat sich die Regel verspätet, worauf eine 4 wöchige Blutung aus den Genitalien eingesetzt hat. In der Folge wurde von einem Arzt die Auskratzung der Gebärmutter vorgenommen. Darauf Aufhören der Blutung; es traten jedoch starke Schmerzen in der linken unteren Bauchseite und große Schwäche auf.

Befund: Uterus proflektiert, hinter ihm im Douglas ein glattwandiger, orangegroßer, unbeweglicher und schmerzloser Tumor, in dessen Wand an einer Stelle parallel verlaufende Bündel nachweisbar sind.

Diagnose: Graviditas extrauterina.

Laparatomie am 8. IX. 1912: Uterus etwas vergrößert, mit dem Colon sigmoideum verwachsen. Nach Durchtrennung der Verwachsungen entleert sich etwas Eiter, worauf die linke kleinfaustgroße, gravide Tube im Douglas zum Vorschein kommt. Da die rechtsseitigen Anhänge der Gebärmutter vorgeschrittene entzündliche Veränderungen aufweisen, wurde beiderseitige Adnexotomie und supravaginale Amputation der Gebärmutter vorgenommen. Glatter Operationsverlauf.

Fall Nr. 10. E.S. (Prot.-Nr. 465, 1914) menstruiert regelmäßig, hat 9 mal normal entbunden und 1 mal abortiert. Letzte Regel 20. Mai l. J. Am 28. Juni mäßige Blutung aus dem Genitale. Gleichzeitig Schwäche und Ohnmachtsgefühl sowie Schmerzen in der unteren

Bauchgegend und im Kreuz. Seit dieser Zeit ab und zu Blutspuren.

Befund: 3 Querfinger oberhalb der Symphyse fühlt man durch die Bauchdecken vermehrte Resistenz. Uterus in leichter Proflexion gleich hinter der Symphyse, reicht mit dem Grund bis zum Beckeneingang. Im Douglas ein unbeweglicher, etwa zweifaustgroßer Tumor, dessen gespannte Wand leichte Unebenheiten, an einer Stelle parallel verlaufende Bündel aufweist, durch das linke Vaginalgewölbe fühlt man im linken Parametrium die Fortsetzung des Tumors. Aus dem Uterus entleert sich reichlich bräunliches Blut.

Diagnose: Haematocele retrouterina.

Laparatomie am 20. VII. 1914: Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet man eine feste Verwachsung zwischen Colon sigmoideum und Uterus. Im äußeren Drittel der Tube sitzt das Ei. Das Ostium abdominale der Tube, kelchartig erweitert, taucht in die Blutgerinnsel, welche den Douglas'schen Raum ausfüllen. Nach Beseitigung der Blutgerinnsel beiderseitige Adnexotomie, weil auch die rechtsseitigen Anhänge starke entzündliche Veränderungen aufweisen, zugleich supravaginale Amputation der Gebärmutter, deren Bauchfellüberzug zerfetzt ist. Nach sorgfältiger Vernähung desselben von einem Infundibulum bis zum anderen Drainage des Douglas durch das hintere Scheidengewölbe. Vierreihige Etagennaht der Bauchdecken. Glatter Heilungsverlauf.

Fall Nr. 11. M.L. (Prot.-Nr. 275, 1915) menstruiert regelmäßig, hat 1 mal entbunden und nie abortiert. Letzte Regel vor 7 Wochen. Seit 4 Wochen Schmerzen im Kreuz und Bauch, zugleich Blutspuren aus dem Genitale. In den letzten 2 Tagen erschwerte Urinentleerung.

Befund: Uterus vollständig unbeweglich, an die Symphyse angepreßt, Gebärmuttergrund in der Höhe des Beckeneingenges. Im Douglas ein vollständig unbeweglicher, schmerzhafter Tumor, in dessen unterem Segment durch das hintere Scheidengewölbe parallel verlaufende Bündel zu fühlen sind. Aus dem Uterus entleert sich bräunliches Blut.

Diagnose: Haematocele retrouterina.

Laparatomie am 4. IX. 1915: Nach Lösung einiger Darmschlingenverwachsungen, welche den Uterus bedecken, gelangt man zwischen die Blutgerinnsel des Douglas, in welchem die linke hühnereigroße, gravide, adhärente Tube sich befindet. Während der Ablösung der Tube entschlüpft durch das erweiterte Ostium abdominale eine etwa 6cm lange Frucht nach außen. Die rechte Tube stark entzündlich verändert, mit der Gebärmutter verwachsen, atretisch; deshalb beiderseitige Adnexotomie, zugleich supravaginale Amputation der Gebärmutter. Dreireihige Etagennaht der Bauchdecken. Heilungsverlauf etwas verzögert durch leichte Exsudatbildung im Douglas.

Franz hat die Ansicht geäußert, daß man auch bei infizierter Haematocele laparatomieren kann und hat das erfolgreich in mehreren Fällen getan, einen Fall allerdings an eitriger Peritonitis am 3. Tag post operationem verloren.

Im Allgemeinen verdient der Weg durch die Scheide unter allen Umständen den Vorzug vor dem durch die vordere Bauchwand, sobald ein infizierter Zustand des Fruchtsack- resp. Haematoceleninhaltes anzunehmen resp. (durch Punktion oder Incision vom hinteren Scheidengewölbe aus) nachgewiesen ist. Der Befund von Keimen im Punktat läßt die Haematocele einfach und schnell als infiziert erkennen und verlangt eine alsbaldige Behandlung unter dem Gesichtspunkt des Douglas-Abszesses, d. h. Eröffnung des Haematocelensackes mit Längs- oder Querschnitt vom hinteren Vaginalgewölbe aus, Erweiterung der Zugangsöffnung durch Spreizen mit Kornzange und vorsichtige Entleerung des infizierten Sackinhaltes, unter sorgfältiger Schonung des Haematocelendaches. Eine Drainage schließt die Operation ab. Eine Ausspülung des Haematocelensackes ist nicht ungefährlich und deshalb vielfach verpönt. Veit warnt davor, daß man die Portio, wo diese für das Auge nicht zugänglich gemacht werden kann, herunterzuzerren sucht oder daß man zu tief incidiert. Durch den Zug an der Portio läuft man Gefahr,

daß man das Haematocelendach einreißt und damit eine allgemeine Peritonitis hervorruft. Incidiert man an einer zu tiefen Stelle der Vagina, so kann es vorkommen, daß man das Rektum eröffnet. Will man den Eingriff möglichst unblutig gestalten, so empfiehlt es sich, die Eröffnung mit dem Thermokauter vorzunehmen.

Die von einigen Autoren empfohlene Ausräumung der Blutgerinnsel mit dem Finger hat wegen der Gefahr der Zerreißung des Haematocelensackes nicht viele Anhänger.

Mit der Eröffnung und Entleerung der infizierten Haematocele kommt der Operateur einem spontanen Durchbruch in das Rektum zuvor und verhütet die große Gefahr eines Durchbruches in die freie Bauchhöhle. Je schwerer die Infektion des Haematoceleninhaltes, umso unwahrscheinlicher ist es, daß nach schonender Entleerungsbehandlung der Haematocele, ohne Berücksichtigung des Eies, eine Blutung durch weiteres Wachstum der Ektoblastelemente zustande kommt, weil wohl in der Regel unter Einwirkung der Infektion auch das Zellmaterial der Eiperipherie vernichtet wird (Hoehne).

In den Annali di Ost e Gin. 1919 berichtet Stroppa (Mailand) über 65 operierte retrouterine Haematocelen, bei denen 52 mal die hintere Kolpocoeliotomie, 13 mal Laparatomie gemacht wurde.

An der Städt. Frauenklinik in Dortmund wurden von den 24 infizierten Extrauteringraviditäten aus den letzten Jahren (1921—1926) 14 durch Douglasinzisionen und Drainage behandelt, 9 durch Laparatomie. Von den vom Douglas aus behandelten Frauen starb eine, 2 Pat. mußten später, d. h. die eine 13, die andere 1 Tag nach der Douglas-Eröffnung laparatomiert werden. Die übrigen 9 Frauen wurden laparatomiert, davon 2 nach eingetretener Entfieberung, ein Zustand, den Haeusermann betreffs Heilaussichten als besonders vorteilhaft schildert. Man ist an dieser Klinik, die über ein sehr großes einschlägiges Material verfügt, in den letzten Jahren davon abgekommen, auch bei beginnender oder bestehender Peritonitis sofort zu laparatomieren. Man versucht vielmehr zuerst mit der Douglaseröffnung

auszukommen, mit dem Erfolg, daß in den letzten zwei Jahren, ausgenommen ein Fall von Septikopyaemie, kein Exitus zu beklagen war. Haeusermann unterzieht die Therapie bei infizierten Fällen und ihre Erfolge einer Kritik und kommt zu dem Ergebnis, daß die besten Resultate bei den beiden nach Entfieberung durch Laparatomie behandelten Fällen erzielt wurden, bei denen Entlassung bereits am 10. Tag p. op. ohne Beschwerden erfolgen konnte. Die nächstbesten Erfolge, wenigstens quoad vitam, waren bei den durch Douglaseröffnung und Drainage behandelten Frauen zu verzeichnen. Verfasser kommt dabei auch auf die Nachteile dieser Behandlung, ziemlich lange Klinikbehandlung und die meist bei der Entlassung noch bestehenden Befunde, zu sprechen. Es vergeht doch meistens geraume Zeit, bis die Ausheilung vollendet und die Scheidenbauchfistel sich gänzlich geschlossen hat. Gelegentlich wird auch die Rekonvaleszenz durch späte Sekretverhaltungen und die Notwendigkeit wiederholter Drainage verzögert. Von 11 Frauen konnten nur 2 mit geringfügigen Adnexbefunden die Dortmunder Klinik verlassen, während bei den anderen eine lange Behandlung durch den Hausarzt nachfolgen mußte. Am ungünstigsten verliefen die Fälle, wo aus vitaler Indikation — Peritonitis, fortschreitende innere Blutung — laparatomiert werden mußte. Fast alle Frauen sind, meist allerdings an der schon bestehenden Peritonitis, ad exitum gekommen.

An der II. Universitäts-Klink für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe in München (Dir. Professor Dr. Franz Weber) wurden in den Jahren 1919—1929 217 Extrauteringraviditäten behandelt. Davon waren 17 verschleppte bezw. infizierte Fälle. 9 mal wurde die Kolpotomia posterior angewendet und 8 Frauen wurden laparatomiert. In 7 Fällen mußte wegen ausgedehnter Adhäsionen und Schwartenbildung der Uterus exstirpiert werden. 2 durch Laparatomie operierte Frauen (11,8%) sind ad exitum gekommen, was, verglichen mit den Zahlen anderer Kliniken, als ein überaus günstiges Ergebnis angesehen werden kann. Eine der beiden Pat. starb an der schon bestehenden Peritonitis, die andere

bei infizierter Haematocele an foudroyanter Allgemeininfektion. Die übrigen 15 Pat. konnten bei allgemeinem Wohlbefinden die Klinik verlassen, darunter allerdings eine, die, trotz einer noch bestehenden Temperatur von 39,2°, eigenmächtig austrat.

Im Folgenden habe ich nunmehr die Krankengeschichten bezw. Operationsberichte dieser 17 komplizierten Fälle zusammengestellt:

A. Fälle von vereiterter Haematocele, die durch Colpotomia posterior operiert wurden.

I. Fall: Hönig Paula, 27 Jahre.
Aufnahme 31. VIII. 1919.

Anamnese: Eltern und Geschwister gesund. Zwei Schwangerschaften, zwei Geburten (1910 und 1916). Nachgeburtslösung und erhöhte Temp. im Wochenbett bei der 2. Entbindung. Kinder gesund. Menstruationsbeginn: 14 Jahre, 4 wöchentlich, Dauer 3—4 Tage, mäßig stark. Letzte Menstruation: 18. Juni 1919.

Jetzige Erkrankung: Die Periode blieb im Juli aus. Am 10. VIII. etwa traten plötzlich leichte Blutungen auf, besonders morgens. Untertags Aufhören der Blutung. — Seit 8 Tagen Leibschmerzen. Stuhl angehalten, jedoch nicht völlig, kein Erbrechen; erschwerter und schmerzhafter Abgang der Flatus. Cohabitation Anfang Juli; am 29. Juli machte der Hausarzt eine Abrasio, weil die Periode ausgeblieben war; hernach weißer Fluß, keine Schmerzen.

Status praesens: Schlanke, mittelgroße Pat. Lunge und Herz o B. Puls 108, Mammae nicht vergrößert, geringe Menge Colostrum links. Leib weich, reichliche Striae, tiefsitzende Druckempfindlichkeit in der unteren Bauchgegend beiderseits. Vulva geschlossen, Dammnarbe, Vagina glatt. Die Portio steht oberhalb der Interspinallinie dicht hinter der Symphyse; das Corpus uteri ist eleviert, weit nach vorn gelagert, der Douglas gleichmäßig von rechts nach links vorgewölbt. Adnexe links: hinter und neben dem Uterus ein bis zur Spina iliaca ant. sup. hinaufreichender, wenig beweglicher Tumor von weicher Konsistenz, der die Vorwölbung des Douglas verursacht: Adnexe rechts: faustgroßer Tumor von gleicher Konsistenz wie links, wölbt ebenfalls den Douglas vor.

Harn o. B. Leukocytenzahl 14500.

Diagnose: Infizierte Tubargravidität.

Chirurgische Behandlung: Kolpotomia posterior am 2. IX. 1919: Es entleert sich etwa 1 Liter dickflüssiges, übelriechendes zersetztes Blut: Drainage.

Weitere Beobachtung: 5. IX. 19. Entfernung der Drainage, Abgang von verjauchtem Blut.

7. IV. Scheidenspülung, Dilatation. Abgang von Blut.

10. IX. Scheidenspülung, nochmalige Dilatation der Incisionswunde; dabei entleert sich eine mäßige Menge von jauchig riechendem Blut.

12. IX. Umschläge mit heißer Kompresse.

13. IX. Rechts neben dem Uterus walzenförmige Resistenz, im Douglas noch flächenhafte Resistenz tastbar; linke Beckenhälfte frei. Heiße Cresolspülung.

17. IX. Heißluftbehandlung.

24. IX. Der rechte Anteil des Parametrium post. ist noch infiltriert, der Uterus retroflektiert und fixiert; von einem Tumor ist nichts mehr fühlbar. Linke Beckenhälfte frei. Anmessen einer Leibbinde.

30. IX. Entlassungsbefund: Der Uterus ist noch retroflektiert und fixiert, das Parametrium posterior noch geringgradig infiltriert. Es werden heiße Spülungen empfohlen.

II. Fall: Huber Ursula, 35 Jahre.
Aufnahme: 26. VIII. 1921.

Anamnese: Vater an Lungenschwindsucht gestorben, Mutter und 3 Geschwister gesund. Pat. selbst als Kind nie krank. Vor 10 Jahren Operation in der Chirurgischen Klinik in München wegen Blinddarmentzündung und Gebärmutterverlagerung. 2 Geburten (1907, 09), keine Operation. Wochenbett normal, Kinder gesund, keine Fehlgeburt.

Menstruation mit 15 Jahren, Dauer 5—6 Tage, mittelstark, keine Beschwerden. Letzte Menstruation Juli und August mit 3—4 tägiger Unterbrechung.

Jetzige Erkrankung: Bis Ende Juni war Pat. angeblich völlig gesund. In den letzten Tagen des Juni traten plötzlich starke Blutungen auf. Diese dauerten mit zweimaliger Unterbrechung bis zum 20. August. Am 16. August begab sich Pat. zum Arzt, der ihr Tenosintropfen verordnete. Ein am 22. VIII. konsultierter Frauenarzt wies Pat. wegen der bestehenden Schmerzen im Unterleib in die Klinik ein.

Seit 3—4 Tagen besteht gelblicher Ausfluß. Blasenfunktion: Brennen beim Urinieren. Stuhlgang o. B.

Status praesens: Mittelgroße kräftige Patientin in gutem Allgemeinzustand. Schilddrüse etwas vergrößert. Herz und Lunge o. B. Puls regelmäßig. Brüste mittelgroß, sehr schlaff. Kein Colostrum. Leib etwas gespannt. An der oberen Schamhaargrenze eine etwa 10 cm lange querverlaufende gut verheilte Narbe. Die ganze linke Unterbauchgegend ist druckempfindlich. Vulva leicht klaffend. Damm intakt, Vagina weit. Portio cylindrisch, Muttermund etwas quergestellt, leicht eingerissen. Uterus anteflektiert, etwas vergrößert, mäßig beweglich. Linke Tube etwa bleistiftstark verdickt und druckempfindlich. Rechte Adnexe

und Parametrium frei. Im Douglas links und hinter dem Uterus ein etwa faustgroßer teigiger Tumor zu fühlen. Temp. 38,5. Harn o. B.

Die Punktion des Douglas fördert übelrichendes, zersetztes Blut zutage.

Diagnose: Infizierte Haematocele retrouterina.

Chirurgische Behandlung: Kolpotomia post. am 29. IX. 21: Aus der Kolpotomiewunde entleert sich in reichlicher Menge stark nach Koli riechendes Blut. Einlegen eines Drains. Weitere Beobachtung: 5. X. 21. Pat. fühlt sich relativ wohl. Temp. 37,5. Leib weich. Entfernung der Drainage.

11. X. 21. Da eine erneute Temperaturerhöhung auf 38,2° aufgetreten ist, wird die Kolpomiewunde dilatiert; dabei entleert sich eine mäßige Menge jauchig riechenden Blutes.

16. X. Die Temperatur ist wieder abgesunken. Pat. erhält Heißluft. Puls normal. Allgemeinbefinden gut.

22. X. Links neben dem Uterus noch eine ca. 2 Finger breite Resistenz zu tasten; sonst o. B. Erhält weiterhin Heißluft und heiße Spülungen.

5. XI. Entlassungsbefund: Uterus noch anteflektiert, mäßig beweglich. Links und hinter ihm eine geringgradige Infiltration. Pat. ist beschwerdefrei und wird arbeitsunfähig entlassen.

III. Fall: Sigl Franziska, 27 Jahre.
Aufnahme: 22. II. 1922.

Anamnese: Eltern und 8 Geschwister gesund. Angeblich keine Kinderkrankheiten. Im Sommer 1920 Gebärmutterentzündung und anscheinend auch Eierstocksentzündung links. (14 Tage in ärztlicher Behandlung). 1921 Abortus im 3. Monat und Curettage. Menstruation mit 14 Jahren, unregelmäßig, alle 3—4 Wochen, Dauer 5—6 Tage, wechselnd stark, keine Beschwerden. Letzte Menstruation am 1. II. 22.

Jetzige Erkrankung: Beginn etwa Mitte Januar mit Schmerzen im Unterleib, die besonders stark nach der Defaekation auftraten und an Intensität allmählich zunahmen. Seit 1. II. blutet Pat. in wechselnder Stärke. Am 12. II. legte sich Pat. zu Bett und behandelt sich selbst mit Kamillenumschlägen, worauf leichte Besserung eintrat. Die Beschwerden verschlimmerten sich jedoch bald wieder so, daß Pat. einen Arzt zu Rate zog, der Scheidenspülungen verordnete. Am 20. und 21. II. lag Pat. im Sanatorium Mallersdorf und wurde von dort aus wegen Verdacht auf Extrauteringravidität in die hiesige Klinik eingewiesen.

Ausfluß gelblich, Blasen- und Darmfunktion normal.

Status praesens: Habitus mittelgroß, kräftig, ziemlich guter E.Z. Schilddrüse vergrößert. Herz und Lunge o. B. Mammae gut entwickelt, kein Colostrum. Leib weich, etwas druckempfindlich, besonders in den abhängigen Partien. Vulva geschlossen. Damm intakt. Vagina mittelweit. Portio in der Interspinallinie,

zapfenförmig. Muttermund quergespalten, geschlossen. Uterus anteflektiert, durch einen hinter ihm liegenden Tumor gegen die Symphyse zu gedrängt, nicht vergrößert, wenig beweglich, etwas druckempfindlich. Hinter dem Uterus und links von demselben, den Fundus überragend und bis in den Douglas herabreichend und hier das Scheidengewölbe vorwölbend, ist ein weicher, ungefähr faustgroßer, sehr druckempfindlicher Tumor zu tasten. Die rechten Adnexe sind wegen der bestehenden Druckempfindlichkeit nicht mit Sicherheit zu tasten. Temp. 38,5.

Abendtemp. am 22. II. rectal 38,6, Puls 128.

Diagnose: Vereiterte Haematocele retrouterina.

Chirurgische Behandlung: Kolpotomia post. am 23. II. 22. Die Kolpotomie ergibt dunkles, geronnenes, von Eiterstreifen durchsetztes Blut. Drainage.

Weitere Beobachtung: 24. II. Entfernung der Drainage. Mäßige Sekretion aus der Kolpotomiewunde: Einlegen eines Jodoformgazezopfes. Temp. normal.

6. III. 22: Entlassungsbefund. Uterus anteflektiert, wenig beweglich, hart, nicht druckempfindlich. Rechte Adnexe frei. Links und hinten Verdickung und Verkürzung des Parametriums mit ziemlicher Schwartenbildung. Kolpotomiewunde noch offen; mäßige Sekretion. Pat. dem Ambulatorium überwiesen.

IV. Fall: Schmidt Anna, 35 Jahre.
Aufnahme: 18. I. 26.

Anamnese: Vater an Herzwassersucht gestorben. Mutter und 2 Geschwister leben, gesund. Als Kind Masern; 2 normale Geburten (1918, 1921), Kinder leben.

Menstruation mit 16 Jahren, regelmäßig, mittelstark, keine Beschwerden. Letzte Menstruation vor 6 Wochen.

Jetzige Erkrankung: Seit 3 Wochen klagt Pat. über Schmerzen im Kreuz und in der linken unteren Bauchgegend. Gleichzeitig sind Blutungen aufgetreten, die nur vorübergehend ausgesetzt haben.

Status praesens: Etwas blasse Frau in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Herz und Lunge o. B. Leib mäßig gespannt, links unten druckempfindlich. Uterus anteflektiert, etwas nach rechts verschoben, links vom Uterus fühlt man durch das Vaginalgewölbe eine etwa apfelgroße, längliche, gegen die linke Beckenwand verlaufende Geschwulst von weicher Konsistenz. Die Geschwulst ist nur wenig beweglich und schmerzhaft.

Blasen- und Darmfunktion normal. Temp. 38,2.

Diagnose: Infizierte Haematocele retrouterina.

Chirurgische Behandlung: Kolpotomia post. am 19. I. 26: Eröffnung des hinteren Vaginalgewölbes mittels Paquélin, dicht hinter der Portio in der Mittellinie. Es entleert sich dickflüssiges, teilweise vereitertes, nach Koli riechendes Blut in reichlicher Menge. Drainage.

Weitere Beobachtung: 2. II. 26. Nach mehrmaliger Dilatation der Kolpotomiewunde hat jetzt die Sekretion aus der Vagina aufgehört. Die Temperatur ist zur Norm gesunken. Pat. fühlt sich wohl.

24. II. 26. Entlassungsbefund: Temp. dauernd normal: Kolpotomiewunde geschlossen. Sehr gutes Allgemeinbefinden.

V. Fall: Huber Hildegard, 25 Jahre.
Aufnahme: 6. III. 26.

Anamnese: Vater aus unbekannter Ursache gestorben, Mutter an Magenkrebs. 3 Geschwister leben, sind gesund. Pat. selbst war nie krank.

Menstruation mit 14 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, Dauer 3—4 Tage, mittelstark, Leibschmerzen. Letzte Menstruation Anfang Januar 1926.

Jetzige Erkrankung: Seit Mitte Februar hat Pat. Leibschmerzen und ist abgemagert.

Status praesens: Sehr blasses Aussehen (Anämie) bei gelblicher Hautfarbe. Lungen o B. Herz nicht vergrößert, erster Mitralton unrein, Puls etwas klein, 160, keine Oedeme. Leib vorgewölbt, gespannt, keine sichtbare Peristaltik. Vulva geschlossen, Damm intakt. Vagina mittelweit, hinteres Vaginalgewölbe flach, infiltriert. Portio cylindrisch, Uterus stark anteponiert, kaum von einer großen, seiner Rückseite fest anliegenden Geschwulst abzugrenzen. Adnexe nicht zu tasten. Douglas vollständig ausgefüllt durch einen derben, an manchen Stellen elastischen Tumor, der sich nach dem Rektum zu vorwölbt Parametrien nicht verdickt zu fühlen.

Harn: Spuren von Album, Blutbefund: 65% Haemoglobin, 15800 Leucocyten! Temp. 39,0.

Diagnose: Vereiterte Haematocele retrouterina.

Punktion am 6. III. 26 lieferte fötides Blut.

Chirurgische Behandlung: Kolpotomie am 7. III. 26: Es entleert sich dunkles violett gefärbtes, mit Eiterfetzen vermischtes Blut; Drainage.

Weitere Beobachtung: 11. III. Pat. fühlt sich noch etwas schwach. Sie ist sehr anämisch. Temp. ist abgefallen.

16. III. Pat. klagt über Kopfschmerzen.

20. III. Temp. erneut angestiegen auf 38,5, deshalb Dilatation der Kolpotomiewunde, aus der sich verjauchtes Blut entleert.

1. IV. Noch mäßige Sekretion aus der Vagina. Allgemeinbefinden gut. Fieberfrei.

15. IV. Dauerndes Wohlbefinden. Kolpotomiewunde geschlossen. Appetit gut.

5. V. 26. Entlassungsbefund: Im Douglas noch eine derbe, strangförmige Resistenz zu tasten: Parametrien frei, Kolpotomiewunde geschlossen. Keine Beschwerden. Pat. wird in ambulante Behandlung entlassen.

VI. Fall: Schuster Maria, 36 Jahre,
Aufnahme: 14. V. 26.

Anamnese: Vater mit 59 Jahren gestorben; Mutter und 8 Geschwister leben. sind gesund. 11 Geschwister gestorben, darunter 7 Totgeburten. Frühere Krankheiten: Masern, Scharlach, Keuchhusten. Nach der Verheiratung Gebärmutter- und Eierstocksentzündung. 2 Schwangerschaften. 1 normale Geburt, 1 Frühgeburt Mens. V (1910, 1912) 1. Kind lebt, gesund. Keine Fehlgeburt. Bei der 2. Gravidität Nierenwassersucht.

Menstruation mit 18 Jahren, 4 wöchentlich, regelmäßig, Dauer 7—8 Tage, stark. 2 Tage vor Eintritt der Blutung Krämpfe. Letzte Menstruation am 9. III. 26, war schwächer.

Jetzige Erkrankung: Am 20. IV. kam Pat. wegen Schmerzen in der rechten Nierengegend und Fieber ins Krankenhaus r. d. I. und erhielt dort Wärmebehandlung und Bärentraubenblättertee. Im Urin und Blut soll damals nichts besonderes gefunden worden sein. Am 30. IV. Entlassung aus dem Krankenhaus. Am 28. IV. trat eine einmalige Blutung auf, die sich nach 3 Tagen wiederholte. In der Folge wieder Blutungén mit wechselnden Pausen bis 8. V. 26. An diesem Tag eine starke Blutung. Vom 9. bis 13. V. war Ruhe. Gestern, den 13. V. wiederum starke Blutung ohne Abgang von Stücken.

Status praesens: Uterus anteflektiert, wenig beweglich, etwas vergrößert. Adnexe links frei, Adnexe rechts etwa 2 Finger dick.

25. V. 26. Geschwulst auf der rechten Seite größer geworden, Ragt mehr in den Douglas hinein. Parametrien und Douglas frei. Temp. 37,2. Pat. wird zunächst mit Heißluft und Moorbädern behandelt.

Probepunktion am 26. V. 26 ergibt schwarz-rot gefärbtes, mit Eiterflocken vermischtes Blut.

Chirurgische Behandlung: Kolpotomia post. am 26. V. 26: Es fließen reichliche Mengen Blut von obiger Beschaffenheit ab. Drainage; Scheidentamponade.

Weitere Beobachtung: 28. V. Anschwellung des linken Unterschenkels und Fußes (Thrombophlebitis!) Pat. bekommt Eigenblutinjektionen.

12. VI. 26. Pat. ist entfiebert, das Allgemeinbefinden recht gut. Noch immer starke Absonderung aus der Vagina.

19. VI. Gestern Abend hatte Pat. einen Schüttelfrost, es wird deshalb heute die Kolpotomiewunde dilatiert, worauf sich wieder übelriechender Eiter entleert.

27. VI. Temperatur jetzt dauernd normal. Keine Absonderung aus der Vagina mehr. Bäderbehandlung.

3. VII. 26. Entlassungsbefund: Sehr gutes Allgemeinbefinden. Kolpotomiewunde geschlossen. Pat. wird mit Brief an ihren Arzt entlassen.

VII. Fall: Kolb Frieda, 33 Jahre, Privata.
Aufnahme: 8. IX. 26.

Anamnese: Pat. war niemals gynäkologisch krank; zeitweise Ausfluß. 2 Spontangeburten, vor 5 und 8 Jahren, Kinder gesund.

Letzte Menstruation vor 3 Monaten.

Jetzige Erkrankung: Pat. ist seit ca. 5 Wochen krank; vor 4 Wochen wurde von einem Arzt wegen Abort eine Auskratzung vorgenommen. Die bestehende Blutung hörte jedoch nicht auf, die Schmerzen wurden sogar stärker. Seit einigen Tagen Temp-Steigerungen begleitet von besonders heftigen Schmerzen. Ihr Arzt wollte die Pat. nochmals auskratzen, diese zog es aber vor, sich in die Klinik transportieren zu lassen.

Status praesens: Große schlanke brünette Frau, in mittlerem Ernährungszustand. Leib meteoristisch aufgetrieben, in den unteren Partien äußerst druckempfindlich. Bei der bimanuellen Untersuchung fühlt man die Portio nach vorne und oben verdrängt, den Douglas ausgefüllt von einem etwa faustgroßen, festen, etwas prall elastischen Tumor. Die Adnexe sind nicht deutlich abzutasten, doch hatte man den Eindruck, als ob sie auf der rechten Seite stärker verdickt sei. Temp. 38,6, Puls 96.

Diagnose: Vereiterte Extrauteringravidität.

Chirurgische Behandlung: Kolpotomia post. Am 8. X.: Es entleert sich mißfarbenes Blut.

Weitere Beobachtung: 10. X. Temp. 38,5, Puls 101. Pat. fühlt sich relativ wohl.

15. X. 26. Puls und Temp. zur Norm zurückgekehrt. Vor 3 Tagen trat die Periode wieder auf. Subjektives Wohlbefinden.

16. X. 26. Entlassungsbefund: Die Portio wieder an normaler Stelle; Uterus derb, anteflektiert, etwas weniger beweglich. Vom hinteren Scheidengewölbe aus ist noch eine leichte, narbige Resistenz zu fühlen und eine leichte Verdickung der rechten Adnexe:

VIII. Fall: Schöll Berta, 46 Jahre.
Aufnahme: 1. IX. 27.

Jetzige Erkrankung: Seit etwa 1 Jahr dauern die Menstruations-Intervalle fast bei jeder Periode länger als 4 Wochen. Die Menstruation selbst dauert ebenfalls länger und ist stärker als früher. Die Pat. blutet jetzt — nach vorausgegangener zehnwöchentlicher Amenorrhoe — seit ca. 3 Wochen. Seit 3 Tagen bestehen starke Leibschmerzen und hohes Fieber.

Status praesens: Leib: von der Symphyse bis handbreit unterhalb des Nabels eine derbe, zusammenhängende schmerzhafte, nach rechts weiter als nach links reichende Resistenz. Die bimanuelle Untersuchung läßt den Zusammenhang dieser Resistenz mit dem Genitale erkennen; sie reicht bis in den Douglas. Uterus nicht genau abgrenzbar. Temp. 39,3.

Diagnose: Vereiterte Extrauteringravidität.

Punktion am 2. IX. 27 ergibt mißfarbenes dunkles Blut.

Chirurgische Behandlung: Kolpotomia post. im Anschluß an die Punktion; Drainage.

Weitere Beobachtung: 17. XI. 27 Austritt auf eigenes Verlangen, obwohl am 16. XI. noch eine Temp. von 39,2 gemessen wurde.

IX. Fall: Schmideder Berta, 26 Jahre.
Aufnahme: 2. II. 30.

Anamnese: Eltern und Geschwister gesund: Im Anschluß an einen Spontanabort 1925 bekam Pat. eine Beckenbindegewebsentzündung und lag deswegen drei Monate im Krankenhaus Schwabing. Eine normale Geburt 1923. Kind lebt.

Menstruation mit 16 Jahren, regelmäßig, Dauer 4—5 Tage, mittelstark, keine Beschwerden. Letzte Menstruation 24.—30. XI. 29.

Jetzige Erkrankung: Mitte Dezember 29 bekam Pat. plötzlich Blutungen, die ohne Schmerzen einhergingen. Sie suchte deshalb den Arzt auf, der sie wegen Abortverdachtes curettierte. Dieser Verdacht bestätigte sich jedoch nicht; die Blutungen hörten aber daraufhin auf und Pat. fühlte sich bis Mitte Januar wohl. Wegen nunmehr auftretender Schmerzen im Unterbauch erneute Konsultation, bei welcher ein Douglastumor festgestellt und am 21. I. eine Punktion in einer Privatklinik vorgenommen wurde. Seither hat Pat. hohes Fieber bis 39,0 und 40° und ist appetitlos. Brechreiz besteht nicht. Einweisung durch den Arzt in die Klinik.

Status Praesens: Kräftige, gut ernährte junge Frau, Herz und Lunge o. B. Puls 120. Leib: mittelstarke Adipositas. Der Leib ist leicht vorgewölbt durch einen etwa mannskopfgroßen Tumor, der über das Becken herausragt und bis zum Nabel reicht. Vulva geschlossen. Damm intakt. Vagina mittelweit. Portio nach vorne und etwas nach abwärts gedrängt durch die Vorwölbung des Douglas. Der Uterus selbst nicht zu tasten. Der Douglastumor fühlt sich cystisch an und ist unbeweglich. Adnexe beiderseits nicht tastbar.

2. II. 30. Die heute vorgenommene Punktion ergab altes, dünnflüssiges, jauchig riechendes Blut.

Diagnose: Infizierte Haematocele retrouterina.

Chirurgische Behandlung: Kolpotomie am 3. I. 30: Es entleert sich eine große Menge, dünnflüssigen, stinkenden Blutes. Drainage.

Weitere Beobachtung: 6. II. 30. Die nach der Operation abgesunkene Temp. ist heute wieder auf 38,5 gestiegen, weshalb die Kolpotomiewunde dilatiert wird. Dabei entleert sich neuerdings viel übelriechendes schmieriges Blut. Wiederholte Dilatation in den nächsten Tagen. Entfieberung.

17. II. Erneuter Temp.-Anstieg: leichte Thrombophlebitis im linken Knie.

23. II. Thrombophlebitis völlig abgeklungen; Pat. ist ohne Fieber und Schmerzen; verläßt das Bett.

18. III. 30. Uterus klein, anteflektiert, beweglich; hinter dem Uterus und linkem Parametrium eine dicke alte Schwarte zu fühlen. Kolpotomiewunde kaum tastbar. Das linke Bein schwillt beim Stehen noch etwas an. Pat. wird als arbeitsunfähig entlassen.

B. Verschleppte Fälle von Haematocele retrouterina, die durch Laparatomie operiert wurden.

I. Fall: Nadler Walburga, 40 Jahre.
Aufnahme: 11. X. 20.

Anamnese: Vater lebt, Mutter gestorben, keine Geschwister. Früher Bleichsucht, 1919 Darmblutungen? Menstruationsbeschwerden; sonst angeblich nie ernstlich krank. Keine Schwangerschaft, keine Fehlgeburt.

Menstruation mit 19 Jahren, unregelmäßig alle 3—6 Wochen, Dauer bis 8 Tage, stark, Krämpfe, Kreuzschmerzen. Letzte Menstruation Ende August.

Jetzige Erkrankung: Nach 5—6 wöchentlicher Pause Mitte Juli 1920 schwach auftretende Menstruation mit Schmerzen in der rechten Leistenbeuge und rechten Unterbauchgegend. Anfang August wieder leichte Blutungen und die gleichen Beschwerden. Der zugezogene Arzt verordnet Bäder und heiße Kompressen. Trotzdem nehmen die Schmerzen in der rechten Leistengegend zu; sie strahlen immer heftiger nach dem After zu aus, sodaß Pat. nur mehr mit Mühe sitzen kann. Immer wieder treten leichte Blutungen auf, die den ganzen September hindurch andauern. Anfang Oktober nehmen die Schmerzen und die Blutungen so zu, daß Pat. zu Bett liegen muß. Es gehen Klumpen geronnenen Blutes ab. In den letzten Tagen vor Einlieferung in die Klinik besteht Fieber, Ausfluß mittelstark, Blasenfunktion intakt, Stuhl angehalten, geringe Abmagerung.

Status praesens: Mittelgroße, blasse Frau in mäßigem E.Z. Haut und Schleimhäute wenig durchblutet. Lunge und Herz o. B. Keine Oedeme. Keine Varizen. Mammae hängend, kein Colostrum. Leib: Im Unterbauch ein bis zwei Querfinger unter den Nabel reichender, deutlich abgrenzbarer, harter, nicht druckempfindlicher Tumor. Vulva geschlossen, Damm intakt, Vagina mittelweit. Portio in der Interspinallinie, Muttermund grübchenförmig, geschlossen. Fundus nicht zu tasten, ebenso die Adnexe nicht. Im Douglas ein teigiger Tumor, dessen Punktion altes Blut ergibt. Leukocyten 9080.

Diagnose: Extrauteringravidität.

Chirurgische Behandlung: Laparatomie am 12.X.20. Längsschnitt. Es findet sich eine fast mannskopfgroße Haematocele, die bis 2 Querfinger unter den Nabel reicht. Beim Lösungsversuch reißt die Wand ein und es entleert sich eine Menge alten geronnenen Blutes. Es zeigt sich, daß die Haematocele retrosigmoideal entwickelt ist und vorne die Blase überdeckt. Die vordere Haematocelenwand ist mit der vorderen Bauchwand breit verwachsen. Schwer gelingt die Auslösung der graviden rechten Adnexe, die mit dem Uterus und den linken Adnexen nach Abklemmung abgetragen werden. Die am Darm adhaerente Haematocelenwand wird zur Abdeckung des kleinen Beckens verwendet. Adhaerentes Netz wird abgelöst. Drainage des Haematocelensackes nach der Vagina zu. Verschluß der Bauchwunde durch fortlaufende Nähte.

Weitere Beobachtung: 14. X. 20. Pat. blaß, Puls klein, frequent. Stuhl auf Einlauf. Flatus adsunt. Blasenfunktion intakt.

16. X. Befinden gut.

21. X. Patientin fühlt sich sehr wohl, Leib weich, Zunge feucht und rot. Bauchwunde geheilt, etwas infiltriert.

24. X. Bauchwunde an mehreren Stellen nekrotisch; es entleert sich viel übelriechender Eiter.

29. X. Fortgesetzte Absonderung von dickrahmigem, gelbgrünem Eiter mit kleinen nekrotischen Fetzen. Wunde klafft weit, granuliert gut.

2. XI. Allgemeinbefinden gut, Puls gut, Leib weich, Stuhl und Urinentleerung o. B.

3. XI. Aus der Bauchwunde entleeren sich Stuhl und Flatus. Subjektives Befinden schlecht, Puls rasch; beide Beine, besonders das rechte, stark geschwollen. Urin: kein Albumen.

8. XI. Auch aus der Scheide entleert sich Stuhl und Urin.

12. XI. Schwellung der Beine geringer geworden. Aus der Bauchwunde entleert sich noch Stuhl, aus der Scheide nicht mehr. Herztöne rein, Aktion beschleunigt.

25. XI. Oedeme der Beine auf Euphyllin-Injektionen zurückgegangen. Die Diurese stieg sehr rasch an. Appetit schlecht, Puls hoch. Im Urin finden sich Stuhlpartikel. Aus der Bauchwunde entleert sich immer noch Stuhl und Flatus.

6. XII. Befinden subjektiv besser. Herzfrequenz um 100. Noch geringes Oedem beider Beine, rechts größer als links. Bauchwunde nahezu geschlossen.

11. XII. Bauchwunde geschlossen; Stuhl und Flatus nur noch durch den Anus.

16. XII. Aus der Bauchwunde entleeren sich wieder Flatus und Eiter. Subjektives Befinden gut. Rechter Unterschenkel noch oedematös.

Nunmehr fortschreitende Besserung.

Entlassungsbefund am 29. I. 21: Befinden der Patientin gut. Bauchwunde geschlossen. Leib weich. Zunge nicht belegt. Rechtes Bein noch etwas oedematös. Urin o. B. Patientin wird entlassen.

II. Fall: Sellmeier Barbara. 31 Jahre.

Aufnahme: 23. VIII. 1922.

Anamnese: Eltern und 4 Geschwister gesund. Keine Kinderkrankheiten; sonst nie ernstlich krank. 4 Schwangerschaften, 3 Geburten (1910, 13, 15). Keine Operation. 3 Kinder, hat nie gestillt. 1915 Fehlgeburt im 4. Monat.

Menstruation mit 15 Jahren, regelmäßig, Dauer 2 Tage, schwach. Keine Beschwerden. Letzte Menstruation am 10. VI. 22.

Jetzige Erkrankung: Anfang Juli suchte Pat. wegen Schmerzen im Unterbauch den Arzt auf und mußte seit dieser Zeit im Bett liegen. Vor 4 Wochen trat eine eintägige Blutung auf. In der Nacht nahmen die Schmerzen so zu, daß die Pat. heute der Klinik überwiesen wurde.

Kein Ausfluß; Blasenfunktion intakt; Stuhlgang: seit 5 Wochen nur nach Einlauf von warmem Wasser. Seit ca. 6 Wochen deutliche Abmagerung:

Status praesens: Habitus: schwächliche Pat. von mittlerem E.Z., blasser Gesichtsfarbe. Sichtbare Schleimhäute schlecht durchblutet.

Mammae klein, schlaff, Leib etwas gespannt, in den unteren Partien druckempfindlich. Vulva geschlossen, Damm intakt, Vagina weit. Portio nach vorne gegen die Symphyse gedrängt Muttermund quergespalten, geschlossen. Uterus anscheinend nach vorne liegend, nicht genau zum palpieren. Im hinteren Douglas ein glatter, druckempfindlicher, weicher Tumor fühlbar. Adnexe o. B. Überweisung durch den behandelnden Arzt wegen Abortus imminens infectiosus (Metritis, Parametritis).

Diagnose: Extrauteringravidität rechts (Tubarabort, Haematocele).

Chirurgische Behandlung: Laparatomie am 24. VIII. 22. Da die Diagnose Extrauteringravidität zunächst nicht mit Sicherheit feststellbar war, wird eine Kolpotomie gemacht, wobei reichliche Blutmengen zur Entleerung kommen. Nachdem die Blutungen aus der Kolpotomiewunde nicht zum Stillstand kommen, wird eine Laparatomie angeschlossen: Längsschnitt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich viel flüssiges Blut in derselben. Im Douglas findet sich eine große Haematocele, in der die geplatzte rechte Tube liegt. Auch die linke Tube ist mit der unregelmäßigen Haematocelenwand und mit dem Uterus äußerst fest verbacken. Es wird daher zur Totalexstirpation des Uterus geschritten und zugleich die Adnexe mit entfernt. Drainage des hinteren Douglas nach der Vagina hin, nach vorheriger aus-

gieber Spülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Peritonealisierung, Peritonealnaht, Etagennaht, Hautklammern.

Weitere Beobachtung bezw. Behandlung: 24. VIII. 22. Da die Pat. viel Blut verloren hatte, war der Puls nach der Operation kaum fühlbar; die unteren Extremitäten fühlten sich kalt an, Pat. machte einen moribunden Eindruck. Auf zentripedale Einwickelung der Extremitäten mittels Flanellbinden, 3 Kampferinjektionen, intracardiale Strophantininjektionen, Digipan, 4000 ccm Tropfeinlauf, Sauerstoffinhalation wurde gegen Abend der Puls besser, die Extremitäten wurden warm, Pat. kam zum Bewußtsein. Abendtemperatur 37,0, Puls 110.

25. VIII. Morgen-Temp. 39, Puls 80. Pat. bei Bewußtsein. Abends wird der Tampon gelockert. Pat. fühlt sich verhältnismäßig wohl, hat nur etwas erbrochen.

26. VIII. Tampon entfernt, Temp. und Puls normal.

30. VIII. Befinden gut.

7. IX. Das Aussehen der Pat. hat sich wesentlich gebessert.

16. IX. Entlassungsbefund: Bauchwunde per primam verheilt und vernarbt; es wird Leibbinde verordnet; die Verschlußwunde der Vagina zeigt schöne Granulationen. Pat. wird zur weiteren Behandlung dem Privatarzt überwiesen.

III. Fall: Schmid Maria, 31 Jahre.
Aufnahme: 11. VII. 1924.

Anamnese: Vater infolge Schlaganfalls gestorben, Mutter lebt, ist herzleidend, 3 Geschwister gesund, 6 oder 7 weitere Geschwister wurden nur einige Wochen alt. — Vor zwei Jahren Grippe, sonst nie ernstlich krank. 1 Schwangerschaft, 1 Geburt (1920), keine Operation; Wochenbett normal, das Kind starb bei der Geburt (Querlage).

Menstruation mit 15 Jahren, regelmäßig, alle 4 Wochen, Dauer 4 Tage, mittelstark, keine Beschwerden.

Jetzige Erkrankung: Am 5. VII. bekam Pat. starke, ziehende Schmerzen im Kreuz; am gleichen Tag trat eine leichte Blutung auf. Pat. konsultierte eine Ärztin, die ihr das Bett zu hüten empfahl. Da die Kreuzschmerzen am 6. VII. aufhörten, begab sich Pat. am 7. und 8. VII. wieder zur Arbeit. Am 9. VII. setzten die Kreuzschmerzen zusammen mit einer schwachen Blutung erneut ein. Da Schmerzen und Blutung nicht nachließen, kam Pat. heute auf Veranlassung der Ärztin in die Klinik.

Status praesens: Kräftig gebaute, etwas blasse Frau in normalem E.Z. Schleimhäute mäßig durchblutet; Schilddrüse etwas vergrößert, derb. Puls 88, leicht unregelmäßig. Mammae schlaff, kein Colostrum. Leib nicht aufgetrieben, in den beiden Leistengegenden etwas druckempfindlich. Vulva geschlossen, Damm intakt. Vagina mittelweit. Portio in der Interspinallinie, cylindrisch. Muttermund quergespalten, geschlossen. Uterus anteflektiert.

Das ganze kleine Becken ist durch einen bis Handbreit über die Symphyse reichenden Tumor ausgefüllt, so daß man den Uterus nicht palpieren kann. Das hintere Parametrium ist durch einen teigig-weichen Tumor vorgewölbt. Wenig blutiger Ausfluß. Blasenfunktion intakt; Obstipation; keine Abmagerung. Temp. bis 38,3.

15. VII. Untersuchung in Narkose. Probepunktion im Douglas ergab altes Blut.

Diagnose: Tubarabort rechts, große Haematocele retrouterina.

Chirurgische Behandlung: Laparatomie in Chloroform-Aethernarkose am 16. VII. 24. Die Pat. erhält vorher eine Kampfer-Coffein-Injektion:

Pfannenstiel'scher Querschnitt. Es zeigt sich eine etwa frauenkopfgroße, retro- und parauterine Haematocele mit derber Kapsel, die an der oberen Fläche mit Darm und Netz verwachsen ist. Herausschälen des Tumors, der nach rechts zu die schwangere Tube und das Ei enthält. Die Haematocele füllt das ganze Becken aus und erstreckt sich hoch bis an das Mesocolon sigmoideum hinauf. Entleerung des Haematoceleninhaltes und Entfernung einzelner Teile der Haemmatocelenwand. Inhalt leicht übelriechend. Die linken Adnexe sind stark verwachsen, die Tube verdickt. Totalexstirpation des Uterus unter Zurücklassung des linken Ovariums. Umsäumung der Vagina. Seitliche Peritonealdeckung. Drainage nach der Vagina hin; Aethereingießung.

Weitere Beobachtung: 17. VII. Subjektives Wohlbefinden. Temp. 38,4, Puls 120. Leib weich, der Tampon wird gekürzt.

19. VII. Temp. 36,2, Puls 100. Entfernung des Tampon am Abend.

23. VII. Entfernung der Klammern.

28. VII. Die Wunde hat sich stellenweise geöffnet und entleert reichlich Eiter; Umgebung infiltriert. Temp. 38,6.

31. VII. Wunde wieder geschlossen. Infiltration zurückgegangen. Temp. 36,4. Puls 90.

11. VIII. Puls und Temp. normal. Anwendung von Wärmeflasche und Heißluft.

Entlassungsbefund: Vaginalgewölbe noch nicht ganz geschlossen. Es besteht noch ein kleines, von der vorderen Vaginalwand ausgehendes, kaum noch druckempfindliches, gut bewegliches Infiltrat. Operationswunde reaktionslos.

IV. Fall: Lorenz Franziska, 33 Jahre.
Aufnahme: 1. XII. 1924.

Anamnese: Vater an Lungenentzündung, Mutter an Wassersucht (Nierenleiden) gestorben. 5 Geschwister gesund, 1 Bruder mit 28 Jahren aus unbekannter Ursache gestorben. — Als Kind Masern, mit 20 Jahren Gehirnhautentzündung. 1914 Blinddarmentzündung. Der Mann seit 1924 angeblich Lungenkrank, vier

Schwangerschaften, 3 Geburten (1912, 14, 23); keine Operation, Wochenbett normal; 3 Kinder, nur kurze Zeit gestillt (10 Tage bezw. 2 Monate). 1 Fehlgeburt Mens. II. 1920.

Menstruationsbeginn: 16. Jahr regelmäßig, alle 4 Wochen, Dauer 8 Tage, stark, bisweilen Krämpfe. Letzte Menstruation 29. X. 24, dauert noch an.

Jetzige Erkrankung: Pat. hat regelmäßig menstruiert bis Ende Oktober 1924. Die Blutung kam bis heute nicht zum Stehen. Anfangs bestanden leichte Krämpfe, vor einer Woche stechende Schmerzen im ganzen Unterleib, sodaß Pat. zu Bett liegen mußte. Der zugezogene Arzt stellte eine Geschwulst im Unterleib fest. Auf Tropfen gingen die Schmerzen langsam zurück; die Blutung besteht in gleicher Stärke weiter. Beim Gehen Druckgefühl im Leib: „es ist so schwer im Leib". — Inf. ven. neg., kein Ausfluß, Blasenfunktion normal, Stuhl regelmäßig, keine Abmagerung.

Status praesens: Mittelgroße, gut genährte Frau mit normaler Muskulatur und Fettpolster; keine Oedeme.

Mammae klein, hängend. Kein Colostrum. Leib weich, etwas aufgetrieben; Druckempfindlichkeit im ganzen Unterbauch, am deutlichsten in der Mitte und links. Vulva geschlossen, Damm intakt, Vagina weit. Portio in der Interspinallinie, cylindrisch, Muttermund quergespalten, etwas seitlich eingerissen, geschlossen. Uterus anteflektiert, nicht vergrößert, hart, beweglich, nicht druckempfindlich. Adnexe links: ein gut apfelgroßer Tumor fühlbar. Adnexe rechts: frei. Hinteres Parametrium infiltriert und druckempfindlich.

Harn: hellgelb, trüb, sauer, kein Eiweiß, kein Zucker.

Sediment: Leukocyten, Kristalle, Detritus, sehr viele Cylinder. und Plattenepithelien, mitunter ganze Komplexe

2. XII. Pat. erhält 7 ccm lactis sterilisatae intragluteal.

3. XII. Im Urethra- und Cervixabstrich werden Gonokokken gefunden. Die Blutung läßt langsam nach.

5. XII. Immer noch geringe Blutung. Die Punktion des Douglas'schen Raumes ergibt einen halben bis 1 ccm blutige Flüssigkeit!

8. XII. Nochmalige Punktion ergibt geringe Mengen dünnsten Blutes.

Diagnose: Tubarabort links, vereiterte Haematocele retrouterina.

Chirurgische Behandlung: Laparatomie am 10. XII.: Querschnitt nach Pfannenstiel. Es findet sich eine ca. frauenkopfgroße Haematocele in beginnender Vereiterung. Koligeruch. Die angrenzenden Därme weisen Fibrinbelag auf. Exstirpation der linken Adnexe (gravide Tube). Peritonisierung. Das Gewebe erweist sich ungeheuer morsch. Drainage des Douglas. Aether in die Bauchhöhle, Bauchnaht, Drainage des linken Wundwinkels.

Weitere Beobachtung: 11. XII. Temp. 38,8, Puls 160, sehr klein, Subjektives Wohlbefinden: Zunge feucht, Leib weich, nicht druckempfindlich. 10 ccm Fulmargen intravenös.

Nachts rapider Verfall; flatternder Puls.

12. IIX. 24. Um 5^{30} Uhr erfolgt Exitus an foudroyant verlaufener Allgemeininfektion.

V. Fall: Seidel Anna, 42 Jahre.
Aufnahme: 21. V. 1925.

Anamnese: Eltern gestorben, 6 Geschwister gesund.— Masern, 1921 Lungen- und Rippenfellentzündung. In den letzten Jahren des öfteren „Unterleibsentzündung". 2 Geburten (1903, 04); die letzte war eine Zangengeburt. Das 1. Kind 3 Tage alt gestorben. das 2. Kind Totgeburt. Keine Fehlgeburt.

Menstruation mit 13 Jahren, unregelmäßig, alle 2—4 Wochen, Dauer 3—4 Tage, mittelstark, früher Krämpfe. Letzte Menstruation vom 5.—8. V.

Jetzige Erkrankung: Seit einiger Zeit bestehen Schmerzen im Unterleib, die jedoch erträglich waren. Gestern wurden die Schmerzen, besonders in der rechten Unterbauchgegend, so stark, daß Pat. den Arzt aufsuchte, der sie in die Klinik einwies.

Status praesens: Kleine Pat in mittlerem Allgemeinzustand. Schilddrüse etwas vergrößert. Leib weich, nicht druckempfindlich. Vulva geschlossen, Damm intakt. Vagina weit. Portio in der Interspinallinie. Muttermund geschlossen. Uterus frauenfaustgroß, hart, ganz unbeweglich. Adnexe links: kein eigentlicher Tumor, aber schmerzhaft. Adnexe rechts: sicher verdickt, schmerzhaft. Vom Rektum aus fühlt man im Douglas eine derbe, schmerzhafte Resistenz.

Geringer, weißer Fluß, Stuhl angehalten. Temp. 38,4. Blutbefund: 12000 Leukocyten, 65% Polymorphkernige, 32% Eosinophile Lymphocyten

Diagnose: Alter Tubarabort rechts mit Haematocele retrouterina.

1. VI. Die Pat. erhält zuerst Heißluft und Moorbäder.

19. VI. Da keine wesentliche Besserung eintritt, wird Pat. zur Operation bestimmt.

Chirurgische Behandlung: Laparatomie am 22. VI.: Pfannenstiel'scher Querschnitt in alter Operationsnarbe. Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet sich ein etwa mandarinengroßer Tumor, mit dem die umgebenden Darmschlingen — Coecum und Sigmoid — ausgedehnt und fest verwachsen sind. Die Ablösung des Darmes muß durchwegs scharf erfolgen und gestaltet sich bei der enormen Ausdehnung der Verwachsungen sehr schwierig. Bei Ablösung des Coecums zeigt sich auch die Appendix mit dem Tumor verwachsen. Appendektomie. Bei Ablösung des Sigmoids kommt es einerseits zu mehrfacher Beschädigung der Darmserosa, andererseits reißt die Wandung des von der rechten Tube ausgehenden Tumors wiederholt ein und es entleert sich aus ihm altes, geronnenes Blut von schwärzlicher Farbe. Der

kleine Uterus zeigt sich ebenfalls ausgedehnt mit Darmteilen verwachsen. Besonders die Rückseite desselben steht in fester Verbindung mit dem Rektum. Nach Lösung der Verwachsungen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Reste vom Haematocelensack bleiben zurück. Versorgung der Stümpfe; Umsäumung der vorderen und hinteren Vaginalwand. Drainage nach der Scheide hin. Übernähung der Serosadefekte am Sigmoid. Verschluß der Bauchhöhle.

Weitere Beobachtung: 23. VI. 25. Leib weich, Puls sehr beschleunigt (136), Erbrechen.

25. VI. Puls 120, sehr klein. Anhaltendes Erbrechen.

27. VI. Entfernung der Tamponade. Die Umgebung der Operationswunde ist infiltriert und sehr druckschmerzhaft; Oberbauch weich; andauernd Erbrechen galliger Massen. Temp. 37,8.

30. VI. Die Infiltration im Wundbereich hat an Ausdehnung zugenommen, das Erbrechen hält an, Leib etwas stärker aufgetrieben.

2. VII. Pat. fühlt sich elend; die Punktion der Infiltrate im Wundbereich ergibt einige Tropfen dickflüssigen Eiters.

4. VII. Temperaturen etwas erhöht, fortwährendes Erbrechen.

5. VII. Zunehmende Verschlechterung. Exitus letalis.

VI. Fall: Lindner Anna, 23 Jahre.
Aufnahme: 13. XII. 1925.

Anamnese: Eltern und 6 Geschwister gesund. — Masern, Keuchhusten, Lungen und Rippenfellentzündung. 1 Schwangerschaft 1923 (Forceps), Kind gestorben, gestillt. Keine Fehlgeburt.

Menstruation mit 17 Jahren. regelmäßig, Dauer 4—5 Tage, mittelstark, keine Beschwerden. Letzte Menstruation am 7.X.1925.

Jetzige Erkrankung: Pat. hatte, obwohl die Periode im November ausgeblieben war, keinerlei Schwangerschaftsbeschwerden. Am 3. XII. trat eine eintägige ganz geringe Blutung auf. Erneute stärkere Blutung erfolgte erst am 10. XII. abends und seither wiederholten sich die Blutungen dauernd mit abnehmender Stärke. Dazu kamen mäßige Schmerzen vornehmlich in der Unterbauchgegend.

Kein Ausfluß; Blasen- und Darmfunktion intakt. Keine Abmagerung.

Status praesens: Mittelgroße, kräftige Pat. in mäßigem E.Z, sehr blasses Aussehen. Puls regelmäßig. etwas beschleunigt. Temp. 38,5.

Mammae schlaff, Leib leicht gespannt, besonders in den abhängigen Partien. Zahlreiche alte Striae.

Vulva geschlossen, Dammnarbe, Vagina weit. Portio in der Interspinallinie, zapfenförmig. Muttermund quergespalten, geschlossen. Uterus anteflektiert, gegen die Symphyse gepreßt und etwas nach rechts geneigt, nicht vergrößert, hart. Adnexe

links: hinter dem Uterus ein mannsfaustgroßer, anscheinend von den linken Adnexen ausgehender Tumor von cystischer Konsistenz. Adnexe rechts: verdickt und druckschmerzhaft.

13. XII. Die heute vorgenommene Punktion des Tumors vom hinteren Vaginalgewölbe aus ergibt eine geringe Menge alten Blutes.

Diagnose: Tubarabort links, infizierte Haematocele retrouterina.

Chirurgische Behandlung: Laparatomie am 15. XII.: Querschnitt nach Pfannenstiel. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich eine fast doppelfaustgroße Haematocele retrouterina, in welche die linken Adnexe eintauchen. Das etwa hühnereigroße Ovar hängt locker in der Nähe der Ampulle. Das lackfarbene Blut weist einen widerlich süßlichen Geruch auf (im Abstrich fanden sich Kokken und Stäbchen). Das Peritoneum des kleinen Beckens ist oedematös infiltriert, die Haematocelenmembran sehr derb. Die rechte, stark geschwollene und verklebte Tube enthält Blut. Allseitige Verklebungen. Abtragung der linken Adnexe und der rechten Tube. Drainage des Douglas nach der Scheide. Peritonisierung der Stümpfe.

Weitere Beobachtung: 16. XII. Temp. 38,2. Puls beschleunigt (120), etwas klein. Zunge trocken und borkig, Leib weich, nicht druckempfindlich.

17. XII. Die Abendtemp. fällt auf 37,7; Puls kräftiger (100).

22. XII. Temp. normal bis subfebril, sonst o. B. Entfernung der Hautklammern, Wunde reaktionslos.

26. XII. Ungestörter Heilverlauf.

31. XII. Entlassungsbefund: Pfannenstielwunde bis auf mäßige Absonderung von eitrig-seröser Flüssigkeit im linken Wundwinkel abgeheilt. Uterus hart, anteflektiert, mäßig beweglich, nicht druckempfindlich. Übriger Tastbefund o. B.

VII. Fall: Lang Therese, 23 Jahre.
Aufnahme: 6. VII. 1926.

Anamnese: Menstruationsbeginn mit 16 Jahren, Typus: drei wöchentlich, regelmäßig, Dauer 3 Tage, mittelstark, vor Eintritt der Blutung leichte Krämpfe. Letzte regelmäßige Periode etwa am 27. VI. Dauer 5 Tage.

Jetzige Erkrankung: Seit etwa 18. VII. traten Blutungen auf, von Krämpfen begleitet, die stärker waren als sonst, jetzt aber wieder nachgelassen haben. Pat. ist chronich obstipiert.

Status praesens: Leib weich, Adipositas. Vulva geschlossen. Damm intakt. Die Vagina enthält Blut. Portio in der Interspinallinie. Uterus hart, anteflektiert, gut beweglich, nicht vergrößert. Adnexe frei, Temp. 37,3.

1. Diagnose: Menorrhagien, Obstipation.

Behandlung: Abrasio am 10. VIII. 26: Mit der Curette wird dicke Schleimhaut entfernt.

Weitere Beobachtung: 13. VIII. Keine Blutung mehr, dagegen bestehen noch wechselnde Leibschmerzen. Pat. erhält Belladonna und wird entlassen.

24. VII. Pat. wird heute wieder aufgenommen, da sie immer noch blutet und die Schmerzen im Leib nicht nachlassen.

Neuer Befund: Uterus nicht wesentlich vergrößert, nach oben gedrängt, Portio gegen die Symphyse gedrückt. Im Douglas ein gut mannsfaustgroßer Tumor. Adnexe nicht zu tasten. Temp. 39,0.

Jetzige Diagnose: Extrauteringravidität (Tubarabort links).

Chirurgische Behandlung: Laparatomie am 25. VIII. 26: Eröffnung der Bauchhöhle nach Pfannenstiel. Im Abdomen eine ganz geringe Menge bräunlicher Flüssigkeit. Das Colon sigmoideum zeigt sich in breiter Ausdehnung mit dem Fundus uteri verwachsen. Der Darm wird abgelöst. Die linke Tube ist gravid. Eine apfelgroße retrouterine Haematocele ist mit Uterus und Rektum fest verklebt. Bei dem Versuch, die Blutgeschwulst herauszuschälen, platzt diese und entleert sich altes, stinkendes Blut aus der Haematocelenkapsel. Die rechte Tube ist etwa fingerdick mit fibrinösen Auflagerungen bedeckt und mit dem zugehörigen Ovar verklebt. Lösung der Adnäsionen. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe unter Zurücklassung des rechten Ovariums. Schwartige Verdickung des Blasenperitoneums. Versorgung der Stümpfe. Umsäumung der Vaginalränder. Drainage. Peritonisierung der Stümpfe infolge entzündlicher Verdickung und Unbeweglichkeit des Peritoneums nicht durchführbar. Verschluß der Bauchhöhle.

Weitere Beobachtung: 28. VIII. Pat. hat den Eingriff relativ gut überstanden. Temp. 38,4. Puls noch stark beschleunigt.

31. VIII. Puls normal, Temp. nur wenig erhöht. Entfernung der Klammern, Wundränder verklebt.

4. IX. Gutes Allgemeinbefinden.

10. IX. In der Mitte der Operationswunde setzt Bauchdeckeneiterung ein.

20. IX. Entlassungsbefund: Bauchwunde gut verheilt; sehr gutes Allgemeinbefinden.

VIII. Fall: Nißl Maria, 26 Jahre.

Aufnahme: 29. IX. 1928.

Anamnese: Eltern gesund. Eine Schwester im Alter von 6 Monaten an Gehirnhautentzündung gestorben. — Vor 8 Jahren wegen Lysolvergiftung (Suicidversuch) 8 Tage im Krankenhaus l. d. I. Vor 4 Jahren Cholecystektomie im Krankenhaus r. d. I. 1 Schwangerschaft, keine Geburt, vor 8 Jahren Fehlgeburt im 3. Monat. Abrasio.

Menstruiert seit 16 Jahren, Typus: alle 22 Tage, regelmäßig, Dauer 3 Tage, mittelstark, keine Beschwerden. Letzte Periode: Anfang August.

Jetzige Erkrankung: Das Einweisungsschreiben des Arztes besagt Folgendes: 29. IX. 28. Pat. leidet seit 15. 9. an Abortblutungen (Mens. I—II). Bis 22. IX. behandelte ich zunächst konservativ. Fieber bestand nicht. Ob vorher ein Eingriff unternommen wurde, war nicht festzustellen. Am 22. IX. Curettage ohne Narkose. Pat. war sehr empfindlich und ich vermute, daß noch ein Rest zurückgeblieben ist. Die Blutungen hörten nach der Curettage zwar prompt auf, doch ist wieder ein leicht rötlich tingierter Ausfluß aufgetreten. Temp. 37,2. — Außerdem leidet Pat. an einer chron. Appendicitis, weswegen ich ihr spätere Operation vorgeschlagen habe.

Status praesens: Habitus: kräftige, gesund aussehende Pat. Leib: vom Nabel nach unten zunehmende Bauchdeckenspannung nud Druckschmerzhaftigkeit beiderseits, rechts größer als links. Vulva geschlossen, Damm intakt. Vagina weit, glatt, enthält blutigen Schleim. Portio o. B. Muttermund geschlossen. Im rechten seitlichen Vaginalgewölbe fühlt man eine bis zum rechten Ligament. sacro-uterinum reichende, ziemlich weiche und äußerst schmerzhafte parametrane Infiltration. Weitere Einzelheiten sind zur Zeit nicht durchzutasten, wegen der ziemlich starken Bauchdeckenspannung. Adnexe frei. Temp. in der Klinik bis 38,5.

Weitere Beobachtung: 10. X. 28. Dauernd blutig verfärbter Ausfluß in mäßigen Mengen. Allabendlich Temp.-Steigerungen bis 38,5. Bauchdeckenspannung verschwunden, Schmerzhaftigkeit unverändert. Ordination: Morph. hydrochl., Öleinlauf, Ricinus, Istizin, Tropfeinlauf, Ester-Dermasan, Inf. Sennae, Nähr-Klysma, Veramon, Luminal, Trional-Codein, Secale, Dunstwickel. 15. X. Status idem.

22. X. Immer noch Blutungen trotz Secalegaben und Eigenblutinjektionen (2). Vaginale Punktion ergibt einige ccm alten Blutes.

Diagnose: Infizierter rechtsseitiger Tubarabort, alte, große Haematocele retrouterina.

Chirurgische Behandlung: Laparatomie am 23. X. 28: Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel. Es zeigen sich ausgedehnte Netzverwachsungen. Aus dem kleinen Becken steigt eine etwa kinderkopfgroße Haematocele hervor, die mit Netz und Colonsigmoid verwachsen ist. Lösung der Verwachsungen. Entleerung der Haematocele. Tubarabort links. Die stark erweiterte, verdickte und geschlängelte linke Tube mündet in den Haematocelensack, der unlöslich mit dem Uterus verwachsen ist. Schwierige Isolierung der Adnexe. Wegen der schwieligen Verwachsungen und der aus der linken Uteruskante auftretenden Blutung muß die Totalexstirpation ausgeführt werden. Das rechte

Ovarium bleibt zurück. Das Colon Sigmoid. wird mit 4 Nadeln über dem kleinen Becken fixiert. Umsäumung der Vagina; Peritonisierung, Drainage.

Weitere Beobachtung: 31 XI. 1928. Tamponade entfernt; Temp. zur Norm abgefallen.

24. XII. Entlassungsbefund: Pat. ist beschwerdefrei, hat nur noch etwas Ausfluß. Es werden noch Sitzbäder empfohlen und Pat dem Hausarzt zur weiteren Behandlung überwiesen.

Es sei mir gestattet, am Schlusse meiner Arbeit Herrn Professor Dr. Franz Weber für die gütige Überlassung des Themas und freundliche Übernahme des Referates, sowie Herrn Professor Dr. H. Saenger für die Anregung zu der Arbeit und die liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung derselben ergebenst zu danken.

Literaturverzeichnis.

Bernardo, Amato Lucio: Die Haematocele retrouterina und interperitoneale von Extrauteringravidität unabhängige Blutungen.
Jahresbericht über Gynäkologie u. Geburtshilfe 1922.

Franz Karl: Gynäkologische Operationen.

Haeusermann Erich: Unsere Erfahrungen an über 500 Fällen von Extrauteringravidität, insbesondere bezüglich der Behandlung der infektiösen und verschleppten Fälle.
Zentralblatt f. Gynäkologie 1928, I. Band.

Hoehne O.: Die ektopische Schwangerschaft.
Halban und Seitz.

Hofmeier-Schroeder: Blutergüsse im kleinen Becken.
Handbuch der Frauenkrankheiten, 1913.

Lizcano P.: Präliminare Kolpotomie bei Laparatomie wegen Haematocele.
(3. Kongreß f. Geburtshilfe, Gyn. u. Paed.)

Navarro Raf.: Ein Fall von Tubargravidität, akuter Haematocele und Ausstoßung des Embryo durch das Rektum.
Zentralblatt f. Gynäkologie, 1922.

Preiß-Kattowitz: Bericht der gyn. Gesellschaft in Breslau, Sitzung vom 31. X. 1911.
Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 35.

Reinhardt Hans: Gynäkologische Rundschau. 7. Jg. 1913.

Scharpenack: Ein Fall von verjauchter Haematocele mit Skelettierung des Fötus.
Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. Band 24.

Schneider Georg Heinrich: Vereiterung einer Haematocele nach Extrauteringravidität durch Paratyphusinfektion.
Zentralbl. f. Gynäkol. 49. Jg. 1925.

Singer Hugo: Versuch einer Fruchtabtreibung bei Gegenwart einer ektopischen Schwangerschaft.
Zentralbl. f. Gynäkol. 1913, Band I.

Skutsch: Entstehung der Haematocele.
Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie, Band 24.

Solovij A.: Ein weiterer Wink zur Verfeinerung der Diagnose der Extrauteringravidität.
Zentralbl. f. Gynäkol. 1916. Bd. II.

Stroppa F.: Die posteriore Kolpokoeliotomie bei der retrouterinen Haematocele. Annali di Ost. e Gin. Anno 41.
Monatsschrift f. Geburtsh. und Gynäkol. 1919.

Veit J.: Die Extrauterinschwangerschaft.
Handbuch d. Geburtshilfe von Döderlein.

Werth R.: Die Extrauteringravidität.
Handbuch d. Geburtshilfe von v. Winkel.

Wolff Alfred: Seltene Aetiologie der Haematocele retrouterina.
Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Band 35, 1912.

Lebenslauf.

Hans Gruenhofer, geb. am 4. Dezember 1900 zu München. Ich besuchte die Rupprecht-Kreisrealschule in München bis 1918; im Juni dieses Jahres wurde ich zum Militärdienst eingezogen und diente bis Kriegsende. Im Jahre 1919 gehörte ich vorübergebend der Bayer. Schützenbrigade 21 an und nahm bei dieser Formation 1920 an den militärischen Operationen im Ruhrgebiet teil. Im April 1921 erhielt ich das Reifezeugnis an der Luitpold-Kreis-Oberrealschule in München und besuchte darauf die Ludwig-Maximilians-Universität München, wo ich im Winter 1923/1924 die ärztliche Vorprüfung und im Januar 1928 die ärztliche Prüfung ablegte. Das praktische Jahr verbrachte ich im Krankenhaus des III. Ordens in Nymphenburg und an der Medizinischen Poliklinik in München und erhielt im Januar 1929 die Approbation als Arzt. Vom Juli mit September 1929 war ich am Ambulatorium der II. Medizinischen Klinik (Professor Dr. Kämmerer) als Assistent tätig. In der Zwischenzeit übernahm ich Vertretungen praktischer Ärzte.